

Tratamiento
Cognitivo-Conductual
para personas con
adicción al juego.
La respuesta de CIJ

**Centros de Integración Juvenil, AC
Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Vigente a 2016**

DIRECTORIO

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de CIJ

Lic. Iván Rubén Retiz Márquez

Director General Adjunto de Administración

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativa

Dra. Laura Margarita León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Coordinación Técnica

Dr. Víctor M. Márquez Soto

Elaboración

Psic. Lydia Gaona Márquez

Mtro. Marco Antonio Hernández Delgado

ÍNDICE

	Pág.
Presentación	4
Marco de referencia	5
Sesión de evaluación	10
Componente Control de Estímulos	12
Sesión 1. Identificando la cadena de eventos que promueven la conducta de juego	12
Sesión 2. Situaciones que nos ponen en riesgo de jugar y desarrollar planes de acción para afrontarlas	15
Sesión 3: Seguimiento a los planes de acción	18
Componente Reestructuración Cognitiva	19
Sesión 4. Reestructuración cognitiva	19
Sesión 5. Tipos de pensamiento en relación a la conducta de juego	23
Componente Solución de problemas	27
Sesión 6. Definir y precisar los problemas	27
Sesión 7. Identificar en qué problemas resulta más adecuado aplicar la técnica	32
Componente Percepción, Comprensión y Regulación de las emociones.	33
Sesión 8. Identificando las emociones	33
Sesión 9. Comprendiendo las emociones	36
Sesión 10. Regulando la ansiedad	38
Componente Prevención de Recaídas	42
Sesión 11. El proceso de la recaída	42
Sesión 12. Identificación de situaciones de alto riesgo	46
Guía de aplicación y calificación de instrumentos	49
Instrumentos	54
Referencias	74

PRESENTACIÓN

La “adicción al juego” es un problema que está incrementándose entre la población de varios países. Se estima que a nivel mundial la tasa de prevalencia alcanza el 3% de la población adulta en tanto que en los adolescentes se reporta un 3.6%. Por señalar algunos ejemplos, en España oscila entre 2 y 3%, mientras que en Estados Unidos entre 1% y 3.4% de la población adulta. En México, los datos no son precisos, pero en estados como Nuevo León, Yucatán y Quintana Roo se reconoce como un problema creciente, afectando especialmente a mujeres, en éste último estado la Secretaria de Salud reporta que 20% de las personas que acuden a casinos son mujeres.

Es bajo este escenario que la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación de CIJ diseñó el presente manual de tratamiento a fin de dar respuesta a este creciente problema de adicción en nuestro país. La propuesta de tratamiento fue evaluada a nivel nacional, en diferentes CIJ, bajo un diseño pre-experimental. Los resultados obtenidos permitieron realizar los ajustes necesarios que conforman el tratamiento cognitivo conductual para personas con adicción al juego.

El manual está estructurado de la siguiente manera: en primer lugar se expone el marco referencial, en el que se abordan aspectos de epidemiología, etiología, comorbilidad, tipos de tratamiento y diagnóstico de la adicción al juego. Posteriormente se describen cada una de las 13 sesiones que conforman el tratamiento y que están integradas en cinco componentes:

- Componente: control de estímulos.
- Componente: reestructuración cognitiva.
- Componente: solución de problemas.
- Componente: percepción, comprensión y regulación de las emociones.
- Componente: prevención de recaídas

Cada componente tiene su propio objetivo general e integra un número de sesiones de acuerdo a los objetivos planteados para el manejo del mismo.

MARCO DE REFERENCIA

Los juegos de azar y como consecuencia la conducta de jugar han estado presentes desde los tiempos más remotos en la práctica de la totalidad de las culturas y en todos los estratos sociales (Fernández, 2010).

La mayoría de los jugadores que participa en juegos de azar, no tiene ningún problema, pero algunos otros pierden el control sobre los impulsos por jugar, minimizando cualquier consecuencia negativa, lo cual puede llevarlos a graves repercusiones personales y sociales. A esta dificultad para controlar los impulsos por jugar se le ha denominado “juego patológico” o “ludopatía” y se le considera un trastorno del control de los impulsos por involucrarse en juegos de azar (Dannon, Lowengrub, Gonopolski, Musin & Kotler; 2006). En este sentido el juego patológico es considerado como un fracaso crónico y progresivo en la capacidad para resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales y que además se utiliza como estrategias para escapar a los problemas o mitigar el estado de ánimo que produce malestar en el sujeto (APA, 2003).

Actualmente, la ludopatía es un trastorno reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en la publicación del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; 2003) y por la OMS que en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) lo incluyó dentro de su revisión. Ambas clasificaciones lo categorizan como parte del grupo de los *Trastornos del Control los Impulsos no clasificados en otros apartados*¹.

El DSM-IV (APA, 1995) y el más reciente DSM-IV-TR (APA, 2003) establecen que se juega de manera desadaptativa si concurren en una persona cinco o más de los siguientes síntomas, sin que su comportamiento no se explique mejor por la presencia de un episodio maniaco.

1. Preocupación por el juego (p. ej. 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 intentos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej. Sentimiento de desesperanza, calma, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (intentando “cazar” las pérdidas anteriores).
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.

Por su parte, la OMS (1992) incluye a la ludopatía el grupo de los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos y considera al juego patológico como un trastorno consistente en la presencia de frecuentes y

¹ En la propuesta de revisión del DSM-V, el grupo de trabajo propuso que este diagnóstico sea reclasificado del grupo de “Trastornos de control de los impulsos no clasificados en otros apartados” al de “Adicciones y trastornos relacionados” para quedar definido como “Ludopatía o Trastorno por el juego”

reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo (CIE-10, 1992).

Destaca la presencia, en las personas con problemas de juego, un deseo imperioso e intenso de jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que los rodean, así como que estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante.

También advierte que el juego patológico debe distinguirse del:

- Juego social habitual.
- Juego excesivo en enfermos maniacos.
- Juego en el trastorno disocial de la personalidad.

En resumen, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control al respecto de éste y una interferencia con el funcionamiento normal de su vida cotidiana (Gómez, et al 2008).

2. ETIOLOGÍA

En la actualidad, el conocimiento acerca del origen y mantenimiento del juego problema pone de relieve tres principales tipos factores explicativos: a) factores biológicos, b) factores conductuales y c) factores cognitivos (Fernández-Alba, 2004).

Las teorías biológicas consideran que existe una predisposición biológica que interactúa con los factores ambientales y psicosociales del individuo, favoreciendo el desarrollo de problemas con los juegos de azar. Los factores de predisposición biológica hacen referencia a disfunciones neuropsicológicas y monoaminérgicas relacionadas con el control de impulsos y a factores de vulnerabilidad genética relacionados con el sistema dopaminérgico (Ibáñez & Sáiz, 2000).

La teoría conductual considera que es una conducta aprendida y la teoría cognitiva se centra en la percepción errónea del juego, que es la falsa expectativa de ganancia a largo plazo. En la actualidad, ambos acercamientos tienden a integrarse en la teoría cognitivo conductual, la cual analiza la influencia mutua de los programas de reforzamiento y los factores cognitivos característicos de los juegos de azar en un intento de explicar el desarrollo y mantenimiento del juego problema (Ladouceur, Sylvain, Boutin & Doucet, 2002)

TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL JUEGO PATOLÓGICO

Como en la mayoría de los trastornos psicológicos debemos hablar de una multicausalidad, ya que a ningún factor aislado puede atribuírsele el inicio, desarrollo y mantenimiento de este trastorno. Distintas escuelas han ofrecido teorías explicativas de él, muchas de ellas semejantes a la etiología del consumo de sustancias psicoactivas:

a) Modelo moral: este modelo percibía al juego como una falta de voluntad o un déficit moral, antes de que se plantease como una enfermedad.

b) Modelos psicoanalíticos: fue de las primeras en intentar explicar el origen de la ludopatía. Para Freud (1928) en Domínguez (2007), la ludopatía tiene relación con complejos edípicos, de tal manera que el jugador busca en el juego una forma de experimentar placer a través del autocastigo, representando esto un sustituto de la masturbación.

Para Bergler (1957) en Domínguez (op. cit), la culpa por la rebelión contra las figuras de autoridad es lo que sustenta el juego patológico y conlleva la idea del masoquismo como núcleo de la ludopatía.

c) Modelos operantes: desde este punto de vista, el juego se explica como una conducta aprendida, de forma que con una determinada exposición a las situaciones de juego todos podríamos llegar a ser jugadores patológicos.

Actualmente, algunos autores están considerando sus propios modelos.

a) Modelo de Bandura: postula que las conductas de juego también se adquieren y se mantienen a través del modelado, es decir, por medio de la imitación del comportamiento de otras personas, así como a través de la mediación de una serie de factores cognitivos, entre los que se encuentran las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados.

b) Modelo de Ellis: sostiene que las ideas irracionales llevan a una baja tolerancia a la frustración, con lo que el juego se crea y se mantiene al eliminar de forma rápida y con un mínimo esfuerzo la ansiedad experimentada en un momento determinado con la conducta de juego.

c) Modelo de Jacobs: Identifica factores o elementos que corresponden por una parte con un estado fisiológico unipolar crónico y extremo de hipo o hiperarousal, que predispone, a responder ante una serie de reductores de estrés adictivos y no a otros.

d) Modelo de Blaszczynsky y colaboradores: señalan que conforme se va estableciendo el juego patológico, la persona se adentra en un círculo vicioso, en el que tienen bastante importancia los refuerzos positivos y negativos, así como el establecimiento de nuevos problemas y por tanto la búsqueda constante del equilibrio o regulación en el nivel de *arousal*.

e) Modelo de Brown: según él las principales variables que intervienen son: 1) relaciones internalizadas con el objeto sobre el que se fantasea; 2) necesidades psicofisiológicas de arousal; y 3) variables cognitivas.

Finalmente, el modelo explicativo de la OMS (Chóliz, 2006) lo explica de acuerdo al modelo de la dependencia adaptada a la situación de juego. Es un modelo que atiende los antecedentes distantes del juego, los inmediatos así como los factores que ayudan a consolidar o mantener la adicción.

3. EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que a nivel mundial la prevalencia de jugadores patológicos, alcanzan tasas cercanas al 3% de la población adulta, en tanto que en la población adolescente se reportan tasas del 3,6%, siendo más frecuente entre hombres (5,3%) que en mujeres (1,3%) (Muñoz-Molina, 2008). En España las tasas de prevalencia de la ludopatía oscilan entre el 2% y el 3% de la población adulta, presentándose con mayor frecuencia entre los hombres (Fernández & Castillo, 2004); en el Reino Unido las cifras estimadas de jugadores patológicos son de 0,8% de la población adulta. En los Estados Unidos de América las tasas oscilan entre el 1,0% y el 3,4% de la población adulta (Dannon et al., 2006), estos porcentajes aumentan al doble (casi 7%), cuando existe un casino en un radio de 80 kilómetros (Sumitra & Miller, 2005).

En nuestro país no existen datos precisos referentes a la prevalencia de la ludopatía entre quienes asisten a las 1.500 salas de juego existentes o practican algún otro juego de azar, como los telejuegos (Rueda, 2010). No obstante, hay reportes de que el 80% de los jugadores de casinos de la zona libre de Belice, son mexicanos. Asimismo la Secretaría de Salud Estatal de Quintana Roo, precisó que 20% de quienes acuden a los casinos son amas de casa entre las que destacan mujeres divorciadas o que tienen conflictos con su pareja; que 45% de la población adulta está a favor de las apuestas, mientras que sólo el 30% de los jugadores tienen solvencia para resistir el ritmo de las apuestas y el 15% restante deben recurrir a préstamos (Chávez, 2006).

En un estudio en el que participaron 22 instituciones de educación superior públicas y privadas de México para conocer la prevalencia del juego patológico entre los estudiantes y sus padres, los resultados indicaron que el 48,8% de la muestra (n=4.539) refirió haber jugado algún juego de azar en los últimos cinco años. De este porcentaje, el 28% (n=623) no presentó ningún riesgo de ludopatía, el 1% se ubicó como jugador en riesgo, el 4,1% (n=92) como jugador problema, el 66,8% (n=1.481) cumplió con los criterios de juego patológico según el *Cuestionario de Juego Patológico* (SOGS, versión española). La muestra estuvo constituida por hombres (54%) y mujeres (44%) de 18 a 56 años de edad (Ortega, Vázquez & Reidl, 2010).

Algunos investigadores estiman que más de 2 millones de mexicanos requieren de tratamiento por su dependencia de los juegos de azar, en especial de las apuestas y máquinas tragamonedas, y aún no se sabe cuántos de los 32.8 millones de usuarios de Internet en México son adictos a la red (INEGI, 2010), pero se calcula que casi un millón de usuarios son niños de 6 a 12 años que pasan un promedio de dos horas con 52 minutos conectados a la red (Sánchez, 2006).

Reportes recientes confirman que según las cifras oficiales, en México existen 2 millones de personas adictas al juego, de las cuales se calcula que el 65% son mujeres (Acevedo, 2011).

4. COMORBILIDAD

Según la OMS (2004), la comorbilidad es la coexistencia en la misma persona de dos o más trastornos. En personas con juego patológico se ha señalado la frecuente presencia de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, de abuso o dependencia de alcohol y otras drogas, así como con otros trastornos del control de los impulsos (Ibáñez, et al., 2001; Dannon, et al., 2006).

En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos Americanos con una muestra de más de 43 mil hogares a nivel nacional, se reportó una tasa de prevalencia del juego patológico de 0,42%. Casi tres cuartas partes (73,2%) de los jugadores patológicos presentaron trastorno por consumo de alcohol, el 38,1% tenían un trastorno por consumo de drogas, el 60,4% tenían dependencia a la nicotina, el 49,6% tenía un trastorno del estado de ánimo, el 41,3% tenía un trastorno de ansiedad y 60,8% tenían un trastorno de personalidad. Además, las asociaciones reportadas entre la dependencia del alcohol, abuso de drogas, dependencia de la nicotina, episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y el juego patológico, fueron mayores entre las mujeres que entre los hombres ($p > 0,05$) (Petry, Stinson, & Grant, 2005; Sumitra et al., 2005). Estudios recientes obtuvieron una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo en las mujeres (30,5%), mientras que el abuso y/o dependencia de sustancias, tuvo una mayor prevalencia en los varones (11,2%) (Jiménez-Murcia et al., 2009).

Estudios sobre la comorbilidad del juego patológico y otros trastornos indican la existencia de tasas de prevalencia elevadas de trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, manía e hipomanía) alcanzando tasas de 33% al 76%, trastornos de ansiedad (9-40%), otros trastornos de control del impulso (35-43%) y déficit de atención con hiperactividad (20%) (Jiménez-Murcia et al., 2009).

5. TIPOS DE TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico.

La utilización de fármacos en la ludopatía representa una modalidad reciente en el abordaje terapéutico. Diferentes grupos de psicofármacos han mostrado eficacia en el tratamiento multimodal de la ludopatía. La justificación del empleo de medicamentos se basa en las alteraciones biológicas encontradas en los jugadores patológicos y en otros trastornos en el control de los impulsos y en el hecho de que este tipo de tratamiento puede potenciar la eficacia de los tratamientos psicológicos (Grant, Kim y Potenza, 2003). Los medicamentos más utilizados han sido: estabilizadores del humor, antagonistas del receptor opioide μ , inhibidores de la recaptura de serotonina y antipsicóticos típicos y atípicos.

Tratamiento psicológico.

A partir de los años sesenta se inician los tratamientos cuyo objetivo es la modificación de la conducta de juego aprendida como resultado de un proceso de refuerzo, para sustituirla por otras conductas más adaptativas y no patológicas (Sáiz, 2000). El abordaje del juego patológico se ha venido realizando desde diferentes orientaciones psicológicas como el psicoanálisis, los grupos de autoayuda, el consejo profesional, la modificación de conducta y la terapia cognitivo conductual. La mayoría de los programas de tratamiento para jugadores patológicos utilizan una combinación de terapia individual y grupos de autoayuda.

a) Teoría conductual. Los primeros tratamientos conductuales del juego patológico se basaban en el condicionamiento aversivo. El objetivo de estas técnicas es la reducción o eliminación de la frecuencia de la conducta de jugar a través de su asociación con estímulos aversivos presentados en vivo, generalmente, una pequeña estimulación eléctrica o en forma de sensibilización encubierta (Fernández-Alba, 2004).

b) Terapia de exposición. La justificación teórica del uso de las técnicas de exposición reside en el papel de la activación durante el juego y su asociación con estímulos relacionados a esta actividad. El objetivo de la desensibilización sistemática es producir un contracondicionamiento a través del cual tales estímulos acaben provocando la aparición de la nueva respuesta incompatible con la activación que generan estos estímulos. En el caso de la exposición con prevención de respuesta, el objetivo terapéutico es provocar la

habitación ante los estímulos que anteceden a la conducta de jugar y por tanto, la extinción de la misma (McConaghy, Armstrong, Blaczczynski y Allcock, 1983, 1988).

c) Terapia cognitiva. La utilización de técnicas cognitivas ha sido llevada a cabo principalmente por el grupo de Ladouceur (1993). Este grupo propone un programa multimodal en el que se hace énfasis en una intervención básicamente cognitiva. Dicho programa consta de 5 componentes terapéuticos fundamentales: información sobre el juego, corrección de las creencias erróneas, entrenamiento en solución de problemas relacionados con el juego, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas (Ladouceur et al., 2002).

d) Grupos de autoayuda. Los grupos de autoayuda más conocidos son los de Jugadores Anónimos (Gamblers Anonymous) que conciben al juego patológico como una enfermedad crónica progresiva que puede ser detenida pero no curada, de forma que la participación en cualquier tipo de juego, conducirá a la pérdida del control y a la recaída. Los grupos de autoayuda constituyen una red de apoyo social que anima a sus miembros a continuar controlando su conducta y al que pueden recurrir en momentos de dificultad (Fernández-Alba, 2004).

e) Terapia cognitivo conductual. En el modelo cognitivo conductual para el tratamiento del juego patológico los componentes clave son: la motivación al cambio, el control de estímulos, la exposición y la prevención de recaídas. En el abordaje de la prevención de recaídas en el caso de las mujeres, sería conveniente prestar atención a su estado de ánimo y situación social (Llinares, Santos, Albiach, Camacho, Palau, 2006).

En la terapia de grupo cognitivo-conductual los objetivos son: reestructurar las distorsiones cognitivas, facilitar el contacto con otras persona que están en la misma situación, permitir la comunicación de las dificultades con el juego a otras personas, buscar soluciones y estrategias de afrontamiento comunes, así como proporcionar apoyo mutuo.

f) Prevención de recaídas. Durante los últimos años ha cobrado una especial importancia el estudio de las recaídas en las conductas adictivas. Por lo que se refiere específicamente al juego patológico, las situaciones precipitantes de la recaída, según el estudio de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1999), han resultado ser, por orden de importancia, las siguientes: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos, el abusivo de alcohol, la avidez por el juego y por último la presión social.

Considerando la variedad de enfoques de tratamientos existentes, a continuación se describe la propuesta de intervención con enfoque Cognitivo-Conductual, que fue elaborada por Centros de Integración Juvenil, A. C, a través de la Dirección de Tratamiento y Rehabilitación para la atención de la adicción al juego.

SESIONES DE TRATAMIENTO

EVALUACIÓN

Objetivo: evaluar el patrón de conducta de juego de los participantes.

Actividades: aplicación de la *Línea Base Retrospectiva*, el *Inventario de Situaciones Juego*, *Inventario de Pensamientos de Juego* y explicar el correcto llenado del cuadernillo de auto-registro.

Materiales:

1. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
2. Inventario de Situaciones de Juego (ISIJUE).
3. Inventario de Pensamientos de Juego (IPJ).
4. Cuaderno de auto-registro.
5. Historia de Juego

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Encuadre del tratamiento.

Inicie dando la bienvenida a los/as participantes, después especifique el objetivo del tratamiento así como las características del servicio (número, frecuencia, horario y duración de las sesiones y temas que abordaran). Enfatique que la participación activa, la asistencia y puntualidad son condiciones centrales que contribuyen al cumplimiento de las metas terapéuticas.

Pida a los/las participantes que se presenten y que comenten brevemente qué fue lo que los motivo a acudir a tratamiento y qué esperan obtener en este espacio de trabajo.

Explique la importancia de realizar una valoración previa para estar en mejores condiciones de apoyarlos para superar su adicción. Para ello se hará entrega de varios instrumentos que serán de utilidad en el desarrollo del tratamiento.

Actividad 2. Aplicación de la Evaluación.

a) *Línea base retrospectiva (LIBARE)*.

Su objetivo es establecer el patrón de la conducta de juego de los participantes en los últimos seis meses a partir de la fecha de la aplicación, indagando sobre las ocasiones de juego, el tiempo (en horas) invertido por ocasión de juego y el monto de dinero invertido en el juego.

Para su aplicación se sugieren las siguientes instrucciones:

1. El formato que tienen en sus manos es un calendario en el que vamos a registrar los siguientes datos: a) ocasiones de juego a la semana, b) tiempo (en horas) invertido por ocasión de juego y c) monto de dinero invertido en el juego, por cada día que se haya llevado a cabo la conducta.
2. El registro de esos datos se realizará considerando los últimos seis meses.
3. Si alguna persona no logra recordar los datos por día, se solicita que lo haga al menos por semana.

b) *Inventario de Situaciones de Juego (ISIJUE)*.

Su objetivo obtener un perfil de las situaciones en que el participante está en riesgo de llevar a cabo la conducta. El inventario evalúa diez situaciones de la vida de las personas que pueden disparar la conducta de juego patológico:

1. Emociones negativas (10 reactivos).
2. Conflicto con otros (7 reactivos).
3. Impulsos y tentaciones (9 reactivos).

4. Pruebas de control personal (7 reactivos).
5. Emociones placenteras (5 reactivos).
6. Presión social (7 reactivos).
7. Necesidad de entusiasmo (6 reactivos).
8. Preocupación por las deudas (5 reactivos).
9. Ganar y persistir (6 reactivos).
10. Confianza en las habilidades (5 reactivos).

El terapeuta entrega el ISIJUE a los participantes, lee las instrucciones y da el tiempo necesario para que lo respondan.

c) *Inventario de Pensamientos de Juego (IPJ)*.

El objetivo de este instrumento es generar un perfil de pensamientos irracionales relacionados al juego.

El terapeuta entrega el IPJ a los participantes, lee las instrucciones y da el tiempo necesario para que lo respondan.

Actividad 3. Llenado del cuaderno de auto-registro.

Permite auto monitorear la conducta de juego y el contexto en el que se presenta. Se entregará a los participantes y constituye una de las tareas a realizar entre cada sesión, durante todo el tratamiento.

El terapeuta explica el propósito y la importancia de llenarlo todos los días, durante todo el tratamiento. El llenado de las columnas se realizará como se explica a continuación:

1. Elegir la meta a alcanzar en esa semana.
2. Fecha: registrar el día y mes en el que ocurre la conducta.
3. Hora: registrar la hora en la que ocurre la conducta.
4. Lugar: registrar en dónde ocurrió la conducta (casino, casa de juegos, feria, palenque, etc.)
5. Tipo de juego: registrar el tipo de juego (apuestas, cartas, ruleta, máquinas tragamonedas, etc.)
6. Tiempo empleado: registrar en horas el tiempo dedicado por ocasión de juego (1, 2, etc.).
7. Dinero gastado: registrar en pesos el dinero gastado por cada ocasión de juego.
8. Compañía: registrar si la conducta ocurrió solo o en compañía de alguna persona conocida.
9. Pensamientos: registrar el tipo de pensamientos que ocurren durante la ejecución de la conducta.
10. Consecuencias: Registrar las consecuencias de la conducta (pérdida de dinero, discusiones, etc.)

Actividad 4. Entrega de la Historia de Juego y cierre de la sesión.

El terapeuta entrega el formato de *Historia de Juego* y pide que lean cada una de las preguntas y respondan con sinceridad. Se comenta que la información que proporcionen será tratada con absoluta confidencialidad.

Nota: la evaluación puede realizarse en dos sesiones, dependiendo de la rapidez con que sean respondidos los instrumentos.

COMPONENTE CONTROL DE ESTÍMULOS

Meta: La finalidad es preparar a los participantes para que sean capaces de identificar situaciones —internas y externas— que promueven su conducta de juego, así como de proporcionarles herramientas para que una vez identificadas esas situaciones, sean capaces de enfrentarlas sin llevar a cabo la conducta.

Sesión 1. Identificando la cadena de eventos que promueven la conducta de juego

Objetivo: Aprender a identificar la cadena de eventos que promueven la conducta de juego.

Materiales: Pintarrón u hojas de rotafolio, plumones, lápices o plumas.

Desarrollo de la sesión.

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Inicia recapitulando la sesión anterior, se revisa que el auto-registro haya sido llenado correctamente y se les pide que llenen la *Gráfica de tratamiento para dejar la adicción al juego* con los datos de sus auto-registros. Los pacientes conservan su auto-registro y la gráfica es para el terapeuta.

Actividad 2. ¿Qué es el juego patológico?

Explica brevemente las características del juego patológico apoyándose para ello en la siguiente información.

Se han distinguido dos tipos diferentes de conductas asociadas al juego en función de la presencia o ausencia de incentivos económicos directos para su realización: juego como pasatiempo y juego con apuesta. Este último lleva implícita la posibilidad de arriesgar y obtener o perder alguna ganancia. Ambos tipos de juego pueden ser utilizados de forma lúdica, no obstante, el que implica asumir riesgos económicos es el que ha devenido en la aparición de conductas problemáticas que han causado una importante alarma social.

Muchos de los jugadores que participan en juegos de apuestas no tiene ningún problema, pero algunos otros pierden el control sobre sus impulsos por jugar, minimizando cualquier consecuencia negativa, lo cual puede llevarlos a graves repercusiones personales y sociales. A esta dificultad para controlar los impulsos por jugar se le ha denominado “adicción al juego”.

La adicción al juego es considerada como un problema crónico y progresivo en la capacidad para resistir los impulsos a jugar, problema que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y laborales, y que además se utiliza como estrategia para escapar a los problemas o mitigar el estado de ánimo que produce malestar en el sujeto.

Las personas con adicción al juego se caracterizan por:

1. Una preocupación constante por el juego (p. ej. 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. Una necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. El fracaso repetido de los intentos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej. sentimiento de desesperanza, ansiedad, depresión).

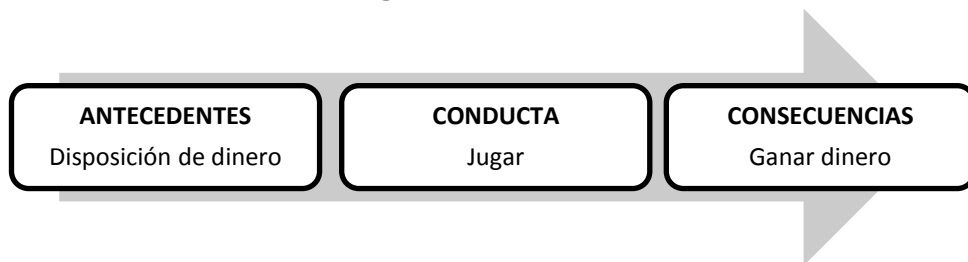
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (intentando “cazar” las pérdidas anteriores).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales como falsificación, 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.

En resumen, se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control al respecto de éste y una interferencia con el funcionamiento normal de su vida cotidiana.

Actividad 3. Análisis de la Conducta de Juego.

Se les indica a los/as participantes que examinarán qué es lo que sucede cada vez que juegan, reconociendo los antecedentes y las consecuencias de la conducta, de tal manera que logren identificar los estímulos que promueven la conducta de juego. Para este ejercicio el/la terapeuta puede apoyarse en la figura 1.

Figura 1



Existen muchas situaciones que pueden impulsar a las personas a jugar. En esta figura notamos que existen tres momentos independientes pero relacionados entre sí, como los eslabones de una cadena: Antecedentes-Conducta-Consecuencias.

Podemos ver que en el eslabón de **antecedentes** dice “Disposición de dinero”, situación que impulsó/motivó a que la persona llevara a cabo la **conducta [acción]** de “Jugar” y por la cual obtuvo una **consecuencia** que fue “Ganar dinero”.

Nuestra conducta depende en gran medida de las consecuencias que obtengamos de ella. Generalmente buscamos obtener consecuencias positivas o agradables como el dinero, la sensación de bienestar etc., y evitar las consecuencias negativas o desagradables como las deudas, el dolor, el malestar, etc. Por lo tanto, repetiremos frecuentemente aquellas conductas que van seguidas de un premio o recompensa y no repetiremos las que proporcionan consecuencias desagradables. De esta manera y al paso de las repeticiones, una conducta, como jugar, se va asociando a una gran variedad de eslabones (antecedentes y consecuencias), como bienestar, alegría, diversión, disponibilidad de tiempo, etc., que a su vez se convertirán en motivos para repetir la conducta.

En el ejemplo mencionado la persona repetirá la conducta de juego esperando siempre obtener la consecuencia positiva, es decir, el dinero. Este es un ejemplo sencillo, pero nos sirve para demostrar que todas las conductas (acciones) que realizamos tienen antecedentes, es decir, algo que nos motiva a llevarlas a cabo, y también tienen consecuencias, es decir, lo que deriva de haber llevado a cabo la acción.

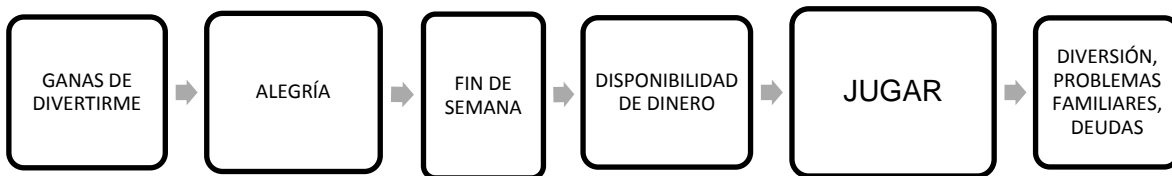
Los antecedentes son acontecimientos que están presentes o que ocurren inmediatamente antes de llevar a cabo la conducta y son básicamente de dos tipos: externos e internos.

Los externos hacen referencia a eventos que suceden fuera de nosotros y que por lo tanto escapan un poco de nuestro control. En esta categoría entran las personas (aquellas que nos invitan a jugar), las

circunstancias (fiestas, celebraciones, discusiones) y los lugares (bares, casas de juego, casinos, etcétera); los internos se refieren a eventos que suceden dentro de nosotros y de los cuales somos totalmente responsables, estos eventos pueden ser: pensamientos (“tengo una suerte especial”, “ahora sí voy a recuperarme”), emociones (gozo, hedonismo, ansiedad) y estados físicos (dolores de cabeza, tensión, cansancio, etcétera).

Los antecedentes pueden formar una cadena de eventos, de tal forma que se pueden juntar muchos antecedentes para que se lleve a cabo la conducta aunque también se puede dar el caso de que un solo motivo les lleve a jugar (el terapeuta prepara la figura 2 en una hoja de rotafolio o bien la dibuja en el pintarrón):

Figura 2



Explore si hay comentarios o dudas.

Continúe con el ejercicio *Análisis de la conducta de juego*. Explique que realizarán un ejercicio para identificar los antecedentes y las consecuencias de su conducta de juego tratando de analizar la situación en la que es más frecuentemente jueguen. Se apoyan en el cuadro 1 y se les pide que traten de identificar la cadena de eventos que promueve su conducta de juego. Se trata de que generen una cadena similar a la de la figura 2 con sus propios antecedentes y consecuencias.

Cuadro 1. Análisis de la Conducta de Juego

Antecedentes		Conducta	Consecuencias
Motivos Internos	Motivos Externos		
Pensamientos Emociones Estados Físicos	Personas Circunstancias Lugares	Jugar	Problemas familiares. Ganar o perder dinero. Pérdida del trabajo. Estrés, depresión.

Al final del ejercicio les pide que compartan su cadena de eventos tratando de explicar cuáles son los antecedentes y consecuencias de su conducta. Retroalimenta a los/las participantes.

Actividad 4. Cierre de la sesión.

Se realiza un resumen de los puntos más sobresalientes resolviendo las dudas que haya. Se comenta que los ejercicios que llevaron a cabo son un primer paso para la modificación de la conducta ya que se logró identificar la cadena de eventos que la promueve y que un segundo paso será la identificación de las situaciones en las que están en riesgo de jugar, las cuales se abordarán en la siguiente reunión.

Sesión 2. Situaciones que nos ponen en riesgo de jugar

Objetivo: Identificar las situaciones que los ponen en riesgo de jugar y desarrollar planes de acción para afrontarlas.

Materiales: Pintarrón u hojas de rotafolio, plumones, resultados individuales del ISIJUE, lápices o plumas, cuadro plan de acción.

Desarrollo de la sesión.

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Se inicia recapitulando lo aprendido en la sesión anterior, se revisa que el auto-registro haya sido llenado correctamente y se les pide que llenen la *gráfica de tratamiento para dejar la adicción al juego* con los datos de sus auto-registros. Al finalizar los pacientes conservarán su auto-registro y el terapeuta la gráfica. Se comenta que el propósito de la reunión es identificar las situaciones que los ponen en riesgo de jugar y desarrollar planes de acción para afrontarlas.

Actividad 2. Identificación de situaciones de riesgo.

Se explica que es una situación de riesgo, puede apoyarse en la siguiente información.

Una situación de riesgo es cualquier circunstancia, interna o externa, que aumenta la probabilidad de ocurrencia de la conducta. Dicho de otra manera, son eventos antecedentes que cuando están presentes incrementan las ganas (probabilidades) de las personas por jugar. Por ejemplo, cuando una persona juega regularmente al sentirse estresado/a, esta situación se convierte en una fuerte motivación para jugar, así, cuando la persona se sienta estresada, la probabilidad de que juegue será muy alta pues ha aprendido/asociado que el juego le ayuda a relajarse, por lo que al paso del tiempo estar estresado/a se convierte en una situación de riesgo para jugar.

Posteriormente, se pregunta a las personas si tienen alguna situación de riesgo particular identificada, por ejemplo, alguna que anotaron en el auto-registro. Se espera a que se den sus respuestas.

Después se entregan los resultados de la aplicación del ISIJUE, agrupados en 10 áreas y se explica: “lo que están observando es una gráfica que representa la frecuencia con la cual jugaron durante el último año bajo las situaciones o eventos que se indican debajo de cada barra”.

Se les pide que observen que del lado izquierdo hay un rango de puntuaciones que van de 0 a 100, donde 0 significa que nunca se jugó bajo esa circunstancia y las calificaciones por encima de 50, significa que bajo esas circunstancias jugaron frecuentemente. Se comenta que las situaciones que puntuaron arriba de 50 son las circunstancias ante las cuales están en mayor riesgo de jugar.

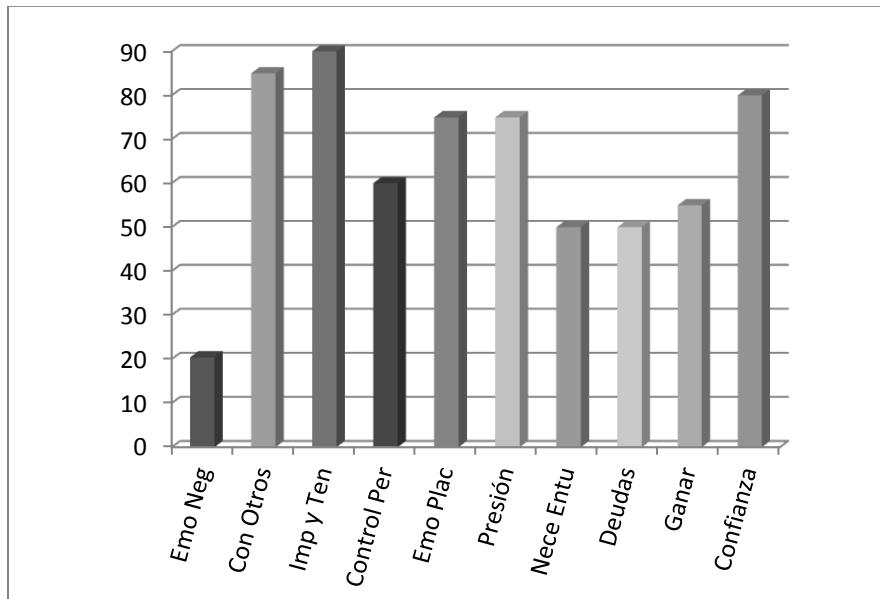
Se da alguno momento para que observen e identifiquen sus situaciones de riesgo en la gráfica y se comenta brevemente en qué consiste cada escala:

- *Emociones negativas.* Significa que se juega cuando se encuentra ante circunstancias emocionales como, depresión, enojo, irritabilidad, etcétera.
- *Conflicto con otros.* Se juega cuando existe algún problema con las personas que le rodean, por ejemplo, cuando existen discusiones, desacuerdos, desencuentros, entre otras.
- *Impulsos y tentación.* Significa que se juega cuando se está pensando frecuentemente en la actividad o ante situaciones en las que regularmente se juega.
- *Pruebas de control personal.* Se juega cuando se quiere poner a prueba que el juego es algo que se tiene bajo control o que no es un problema.
- *Emociones placenteras.* Significa que se juega cuando se encuentra ante estados de ánimo positivos como alegría, ganas de festejar o estar relajado.
- *Presión social:* Se juega cuando existe cierta presión o invitaciones por parte de amigos o conocidos para jugar.
- *Necesidad de entusiasmo:* Significa que se juega cuando se necesita experimentar la sensación de entusiasmo por lo excitante del juego.

- *Preocupación por las deudas:* Se juega cuando hay compromisos económicos por cumplir y se quiere salir de ellos jugando.
- *Ganar y persistir:* Se juega cuando se está teniendo una racha positiva de ganancia o cuando se cree que llegará una racha ganadora
- *Confianza en las habilidades:* Se juega cuando hay confianza en las habilidades de juego que se creen poseer.

La presentación de los resultados será de la siguiente manera (ver *Guía de aplicación y calificación de Instrumentos*).

Figura 3. Perfil de Situaciones de Riesgo



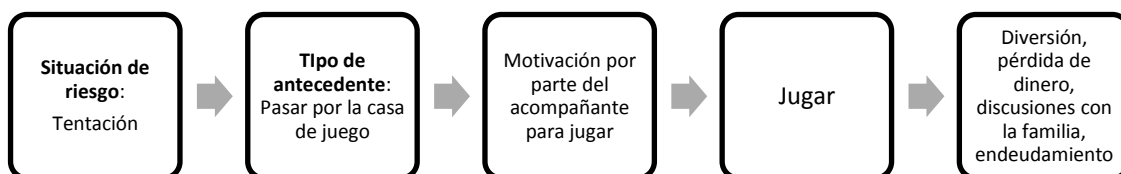
Las situaciones con por arriba del 50% indican circunstancias de alto riesgo y ante las cuales deben desarrollar planes específicos de acción debido a que son eventos antecedentes que promueven la conducta de juego.

Actividad 3. Desarrollo de Planes de acción.

Se solicita a los/las participantes que elijan la situación en la que calificaron más alto y se les comenta que deberán identificar la cadena de eventos que se suscitan para que ocurra la conducta de juego.

El objetivo es que logren relacionar la sesión anterior y comprendan que las situaciones de riesgo forman parte de la cadena de eventos que promueven la conducta de juego. Se espera que generen algo como lo que se presenta en la figura 4.

Figura 4



Una vez que hayan formulado la cadena de la conducta de juego, se explica que una manera de romper la cadena que promueve la conducta de juego es desarrollar planes de acción para enfrentar la situación cuando esta se presente. Se explica que un plan de acción consiste en el desarrollo de estrategias y acciones que aplicarán ante las situaciones de riesgo identificadas.

Para clarificar lo que es un plan de acción se puede utilizar la siguiente analogía: un plan de acción es como una receta de cocina, en donde los ingredientes serían las estrategias y el procedimiento para hacer el platillo, serían las acciones que se tienen que seguir para cumplir con el objetivo.

El objetivo del plan de acción es romper la cadena de juego y enfrentar la situación de riesgo. Les muestra el ejemplo que se presenta en el cuadro 2 y solicita al grupo que elijan una situación de riesgo de las que se han mencionado en la revisión del auto-registro y que todos/as participen en el desarrollo del plan de acción. Una vez elaborado el plan el/la terapeuta proporciona la retroalimentación.

El plan de acción debe contemplar tantas situaciones como sean posibles para que resulte exitoso, en este sentido una de las funciones del terapeuta será ayudar a los participantes a pensar en todas las posibles circunstancias a las que se pueda enfrentar bajo esa situación de riesgo.

Actividad 4. Resumen y cierre de la sesión.

Se realiza un resumen de los puntos más sobresalientes resolviendo las dudas que haya. La intención es que tomando en cuenta el ejemplo, se desarrollen planes de acción para las situaciones de riesgo que identificaron en la gráfica y los apliquen durante la semana.

Cuadro 2. Plan de acción

Situación de Riesgo (Impulsos y Tentación): Ganas extremas de jugar	
Estrategia	Pasos
a) Si estoy en casa: ver mi serie favorita.	Tener a la mano los discos. Encender el reproductor DVD e introducir el disco. Encender la TV y disfrutar de la función.
b) Si estoy en el trabajo: escuchar música relajante.	Tener una carpeta en la computadora o el reproductor individual, de música relajante. Ponerme los audífonos y accionar el dispositivo.
c) Si salgo de casa: evitar las rutas donde se encuentren casinos, llevar solo el dinero necesario y llamar a alguien para platicar	Trazar una ruta alternativa. Tener crédito en el teléfono. Llamar a X persona para platicar.
d) Si es fin de semana: salir a dar un paseo con la familia.	Dar aviso a la familia de que necesito distraerme. Acudir al parque y caminar un poco.

Sesión 3: Seguimiento a los planes de acción

Objetivo: Dar seguimiento a los planes de acción desarrollados y resolver las dudas que se hayan generado en cuanto al desarrollo de los planes.

Materiales: Planes de acción desarrollados por los participantes.

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Se inicia recapitulando lo aprendido en la sesión anterior, se revisa que el auto-registro haya sido llenado correctamente y se les pide que llenen la *gráfica de tratamiento para dejar la adicción al juego* con los datos de sus auto-registros. Al finalizar los pacientes conservarán su auto-registro y el terapeuta la gráfica. El propósito de la reunión es comentar si tuvieron oportunidad de poner en práctica los planes de acción y qué resultados obtuvieron, así como revisar los planes de acción desarrollados en casa.

Actividad 2. Seguimiento a los planes de acción.

El terapeuta preguntara al grupo si alguien tuvo la oportunidad de poner en práctica su plan de acción. En caso afirmativo, pedirá que cuente su experiencia y en qué grado le funciono o no el plan que desarrollo.

Este procedimiento se lleva a cabo con todos aquellos que pusieron en práctica su plan de acción.

En caso de que ningún participante haya puesto en práctica su plan de acción, se pasa a la revisión de los planes de acción que se dejaron de tarea.

Actividad 3: Resumen y cierre de la sesión.

Se realiza un resumen de los puntos más sobresalientes resolviendo las dudas que haya. Se comenta que la intención es que sigan desarrollando planes de acción para cada situación cuya calificación este por encima del 50% y que además los pongan en práctica cuando estén ante esa situación.

COMPONENTE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Meta: Monitorear e identificar los pensamientos automáticos; reconocer la relación entre las emociones, los pensamientos y la conductas; poner a prueba la validez de los pensamientos automáticos y sustituir los pensamientos distorsionados por otros más adaptativos, al tiempo que se modifican las creencias y esquemas que hacen proclives a las personas al mantenimiento de la conducta de jugar.

Sesión 4. Los pensamientos automáticos

Objetivo: Identificar y monitorear los pensamientos automáticos.

Materiales: registro diario de pensamientos, lápices o plumas, hojas blancas y hojas de rotafolio.

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Opera el mismo procedimiento que en la anterior sesión.

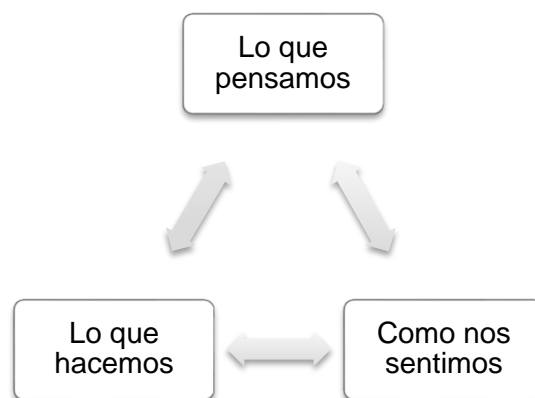
Después señale que el propósito de la reunión es conocer que son los pensamientos automáticos y como aprender a monitorearlos.

Actividad 2. Aprendiendo a conocer nuestros pensamientos.

Puede proporcionar la siguiente información u otra que usted considere pertinente.

Desde pequeñas/os intentamos comprendernos a nosotras/os mismas/os, a los demás y al mundo y sacamos conclusiones de nuestra propias experiencias. A partir de esta interacción con el entorno y como respuesta a nuestras necesidades básicas desarrollamos ciertas creencias acerca de nosotras/os mismas/os, de los demás y el mundo. Lo que pensamos acerca de los eventos que ocurren en la vida, afecta nuestra manera de comportarnos y nuestra experiencia emocional como se puede observar en el siguiente esquema [puede reproducirlo en una hoja de rotafolio].

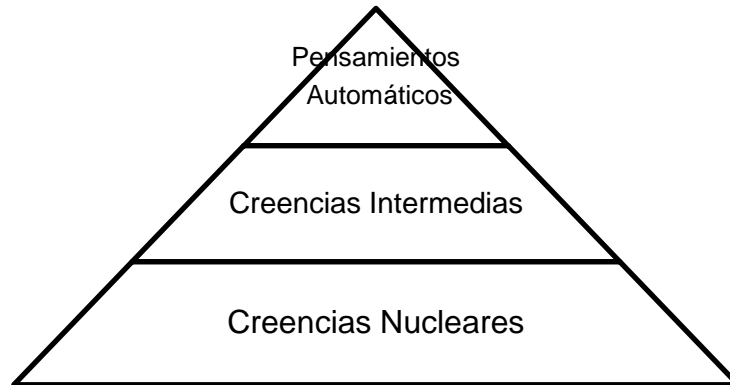
Figura 5. El círculo mágico



Nuestras creencias o ideas van a formar nuestro diálogo interno, mejor conocidos como **pensamientos automáticos**, que en muchas ocasiones son negativos y no son un reflejo adecuado de la realidad.

Para poder hacer conscientes estos diálogos internos que hacemos de nuestras experiencias, es conveniente conocer como surgen estos. Esto es, nuestra forma de pensar está estructurada en diferentes niveles de profundidad, relacionadas entre sí y que forman un continuo como se puede observar en el siguiente esquema:

Figura 6. Modelo cognitivo



Los *pensamientos automáticos* son mensajes aprendidos que se encuentran en el nivel más accesible de la conciencia, y tienen las siguientes características (Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2003):

- son automáticos, es decir, aparecen espontáneamente o involuntariamente y difíciles de controlar;
- son breves o telegráficos, es decir, el mensaje se presenta de forma resumida, en ocasiones en una o dos palabras;
- parecen evidentes y naturales, porque nos han acompañado desde hace mucho tiempo que son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en la evidencia suficiente;
- van acompañados de una gran carga emocional que les concede mayor fuerza y sensación de credibilidad y son específicos para cada situación.

Mientras que las *creencias intermedias* (valoraciones, suposiciones y reglas) son ideas que se encuentran en un nivel más profundo de la conciencia, se yuxtaponen e implican unas a otras (Beck, 2008; Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2003). Con frecuencia son modos distintos de expresar el mismo contenido. Las valoraciones o evaluaciones son consideradas como el punto central para modificar las ideas.

Entre las valoraciones que manejamos se encuentran:

- El catastrofismo (es horrible, es terrible)
- Las necesidades (necesito...)
- Las expectativas de autoeficacia (puedo..., no puedo..., soy capaz de..., soy incapaz de...)

Las suposiciones o supuestos presenta la estructura “Si... entonces” y pueden ser positivas o negativas. Por ejemplo:

- Positiva: “Si juego el tiempo suficiente entonces recuperaré mis pérdidas”.
- Suposición negativa: “Si no juego lo suficiente entonces no recuperaré mis pérdidas”.

Toda suposición negativa tiene asociada una suposición positiva y viceversa.

Las reglas son las normas o deberes que nos autoimponemos (debo de..., tengo que...) o lo que exigimos a los demás (él/ella debe de..., él/ella tiene que...) con la consiguiente condenación si no los cumplen. Y estas dan lugar a *estrategias compensatorias* para combatir o tolerar las creencias centrales negativas que tenemos sobre nosotras/os mismas/os, de los demás y del mundo. Estas estrategias son conductas o acciones que elaboramos para proteger nuestra coherencia interna e integridad. Si estas creencias intermedias y las estrategias compensatorias se vuelven rígidas y poco adaptativas, nos producen emociones negativas que pueden interferir en nuestra conducta y perjudicar nuestros objetivos.

A continuación se muestra un ejemplo de auto-diálogo: una persona dice “Es terrible no tener la habilidad de ganar, pero si soy perseverante lograré tener un método de juego”

Creencias intermedia		
Valoraciones	Suposiciones	Reglas
Es terrible no tener la habilidad de ganar, pero si soy perseverante lograré tener un método de juego.	Si soy perseverante lo conseguiré (suposición positiva).	Tengo que ser perseverante.

Finalmente, las *creencias centrales* o *nucleares* están en el nivel más profundo de nuestra conciencia y son las declaraciones o ideas fijas que tenemos acerca de nosotras/os mismas/os. Estas se configuran durante la niñez y nuestras primeras experiencias las convierten en unos supuestos bastante rígidos respecto de nuestra forma de vernos a nosotras/os mismas/os, nuestra forma de juzgar lo que hacemos y nuestra forma de ver el futuro (Gómez-Escalonilla y otros op.cit; Stallard, 2007).

El problema es que no pocas veces desarrollamos creencias centrales negativas:

- Acerca de nosotras/os mismas/os, la mayoría relacionados con: a) el desamparo (“soy débil”; “soy incompetente”; “los demás no me respetan”) y b) incapacidad de ser amado (“soy inferior”; “no soy normal”; “me rechazarán”).
- Acerca de los demás (“la gente no es de fiar”, “la gente me puede hacer daño”).
- Acerca de la vida (“la vida es muy difícil”, “la vida es absurda”).
- Del mundo (“este mundo es una vergüenza”, “el mundo es un caos”).

Estas creencias negativas que habitualmente son globales, rígidas y poco realistas, las aceptamos y las creemos como si fueran verdades absolutas (Beck, 2008; Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2003).

Cuando estas ideas centrales e intermedias negativas se instalan en nuestras creencias, muchas veces sin que seamos conscientes de ellas, nos generan pensamientos negativos y distorsionados sobre nuestra realidad que se automatizan con el tiempo, originando un sufrimiento emocional y respuestas inadecuadas o desadaptativas ante las situaciones.

Actividad 3. Detectando los pensamientos negativos.

A continuación solicíteles que realicen el ejercicio de identificación de pensamiento automáticos (Ver anexo).

Puede solicitar a una/un de los pacientes que comparta su ejercicio y el resto que preste atención para identificar si tienen alguna dificultad para diferenciarlos, en caso afirmativo aclare las dudas y proporcione retroalimentación positiva acerca de su participación.

Actividad 4. Registro diario de pensamientos.

Continúe con la exposición y comente que para poder apreciar el poder de los pensamientos automáticos y el papel que juegan en la vida emocional de cada persona es necesario llevar a cabo un diario, es decir, realizar una anotación cada vez que experimente una emoción desagradable. Donde incluyan todo lo que se dicen a sí mismos para evitar que la emoción progrese. A continuación se muestra un ejemplo.

Ejemplo. Registro diario de Pensamientos Automáticos

Fecha	Situación	Emoción	Pensamiento automático	% verdad ahora	% verdad al acostarse
10:30	Cancelaron mi tarjeta de crédito	Enojo	No podré apostar Tendré que pedir prestado	90	35
12:00	El premio no salió	Ansiedad	Estuve muy cerca de ganar La próxima es la mía.	100	50

Actividad 4. Resumen y cierre de la sesión.

Realice un resumen de la sesión destacando la importancia que tienen los pensamientos en nuestra manera de sentir y en consecuencia en nuestra forma de actuar. Así mismo la relevancia de llevar a cabo el registro diario de los pensamientos como un instrumento que facilita el ser consciente de nuestra forma de pensar. Resuelva cualquier duda que surja. Solicite que continúen realizando su auto-registro y que no olviden traerlo a la próxima sesión así como su cuaderno.

Sesión 5. Identificando los pensamientos razonables y no razonables

Objetivo: identificar los pensamientos razonables y no razonables relacionados con la conducta de juego.

Materiales: Inventario de pensamientos sobre el juego, lápices o plumas y hojas de rotafolio

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Opera el mismo procedimiento que en la anterior sesión. Indague las dificultades en el registro diario de pensamientos y aclare las dudas en caso de existir; de lo contrario proporcione retroalimentación positiva por el cumplimiento de la actividad.

Posteriormente señale que el propósito de la reunión es identificar los pensamientos razonables y no razonables relacionados con la conducta de juego.

Actividad 2. Pensamientos razonables y no razonables relacionados con la conducta de juego.

Puede proporcionar la siguiente información u otra que usted considere pertinente.

Todos tenemos pensamientos **razonables y benéficos**, que nos hacen sentir de una forma adecuada para poder actuar y conseguir nuestros objetivos y otros pensamientos **no razonables y perjudiciales** que nos producen emociones desagradables, nos originan problemas y nos impiden buscar soluciones a los mismos.

A continuación se presenta el siguiente cuadro con las características de estos pensamientos (Gómez-Escalonilla, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2003):

Cuadro 3. Pensamientos razonables y no razonables

Pensamientos Razonables	Pensamientos no razonables
1. Se apoyan en datos de nuestras experiencias y por lo tanto son contrastables.	1. No se apoyan en datos de nuestras experiencias. Utiliza suposiciones no demostrables.
2. Describe la realidad sin exageración.	2. Describe la realidad de forma distorsionada, dramática o catastrófica.
3. Se expresan en términos de deseos o preferencias.	3. Están planteados en términos de necesidades y exigencias.
4. Producen emociones moderadas, de baja intensidad y corta duración, siempre en relación con lo ocurrido.	4. Produce emociones negativas de fuerte intensidad y larga duración.
5. Facilitan la resolución de nuestros problemas y nos ayudan a conseguir nuestras metas y objetivos	5. Obstaculizan la resolución de nuestros problemas y la consecución de nuestras metas y objetivos.

En nuestro diálogo interno permanente aparecen pensamientos negativos y positivos. En muchos de los pensamientos negativos subyacen modos de interpretar las experiencias. Las distorsiones cognitivas son alteraciones en la forma de ver los hechos, como si nos colocáramos unas gafas mal graduadas que deforman la percepción. Las principales *distorsiones cognitivas* más comunes relacionados con la adicción al juego son las que se presentan en el cuadro 5.

Puede dibujar el cuadro en hojas de rotafolio o fotocopiar el cuadro 5 y entregar un ejemplar a cada participante. Haga la descripción de cada tipo de pensamiento e indague si tienen alguna duda, en caso afirmativo aclárelas o en caso contrario continúe con la actividad.

Para reafirmar la identificación de las distorsiones cognitivas haga entrega del inventario de pensamientos sobre el juego que aplicó en la evaluación y solicite que señalen a qué tipo de distorsión pertenecen los enunciados que contestaron afirmativamente. Al término de la actividad solicite que algunos expongan su

ejercicio e identifiquen aquellas distorsiones en las que el grupo coincide y anótelas en una hoja de rotafolio.

Cuadro 4. Tipos de distorsiones cognitivas

Tipo de distorsión	Descripción
Ilusión de control	Creencia en que los resultados del juego dependen más de la propia actividad que del azar. Por ejemplo: Tengo un sistema para ganar.
Confianza en la suerte	Referencia a la suerte personal como un factor predictivo o explicativo de los resultados del juego. Ejemplo: Tengo una suerte especial.
Predicciones	Predicciones particulares sobre los futuros resultados atendiendo a las jugadas anteriores o a una sensación o intuición. Por ejemplo: Ahora va a salir. Esta es la mía. Ya me vi.
Auto-motivación	Creencia en que la probabilidad de un evento futuro aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario. Ejemplo: La máquina está caliente. Tiene que estar a punto porque lleva mucho tiempo sin salir.
Casi casi	Es la creencia de que se está cerca del premio y como consecuencia, que hay más probabilidades de que salga próximamente. Por ejemplo: He estado cerca. A la próxima sí es la mía.
Supersticiones	Asociaciones accidentales entre un determinado evento o conducta y un premio, de tal forma que el jugador llega a creer que dicho evento aumenta la probabilidad de ganar. Ejemplo: Echo de las monedas de veinte en veinte porque creo que así tengo más posibilidades de ganar.
Ganar-perdiendo	Se mide el éxito en el juego considerando sólo cuánto se gana sin tener en cuenta lo que se ha perdido. Ejemplo: Ya llevo ganados quinientos pesos.
Personificación de las máquinas	Atribución de cualidades humanas a la máquina como intenciones. Por ejemplo: Me está engañando. A ver si se confunde y me da un premio.

Realice un resumen destacando las similitudes y diferencias y proporcione retroalimentación positiva por su participación en la actividad.

Actividad 3. Cuestionando los pensamientos negativos.

Puede proporcionar la siguiente información u otra que usted considere conveniente que cumpla el objetivo.

A menudo nos quedamos atrapados en estos pensamientos no razonables y vamos cometiendo los mismos errores de pensamiento una y otra vez. Cuanto más cometemos estos errores, más nos creemos nuestros pensamientos negativos y más difícil se hace cuestionarlos y ver las cosas de manera diferente (Stallard, 2007). Si se quiere salir de este círculo, tenemos que aprender a cuestionar nuestros pensamientos negativos. Con ello podremos tener una percepción más equilibrada de la realidad.

Comente que, para tal propósito realizarán un ejercicio de cuestionamiento en grupo, para lo cual retomaran uno de los pensamientos en el que la mayoría haya coincidido y llevaran a cabo el procedimiento (ver cuadro 6).

Cuando haya terminado el ejercicio en grupo, solicite que los participantes cuestionen la validez de uno de sus pensamientos tal como fue hecho en el ejemplo y lo anoten en su cuaderno.

Cuadro 5. ¿Cómo cuestionar los pensamientos?

Preguntas guía para cuestionar los pensamientos	
1. Para analizar si los pensamientos se ajustan a la realidad:	¿Tengo evidencias suficientes? ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando? ¿Mi interpretación es parcial? ¿Exagero? ¿Me responsabilizó en exceso?

2. Para analizar las consecuencias de pensar de esa manera:	¿Me sirve de algo darle vueltas a este pensamiento? ¿Me ayuda darle vuelta y más vueltas? ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿Cómo incide en mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?
3. Para analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto:	¿Sería trascendente para mí? ¿Sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave? ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable? ¿Me afectaría durante un período de tiempo o durante toda mi vida? ¿Me podrían pasar cosas más graves?

Cuadro 6. Ejemplo de cuestionamiento de pensamientos

Pensamiento: <i>“Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad”</i>	
En esta parte las preguntas están encaminadas a analizar si los pensamientos se ajustan a la realidad	
Terapeuta	Paciente
¿Es un pensamiento razonable o no razonable?	Razonable
1. ¿Qué evidencias a favor tiene que apoyen este pensamiento?	He ganado varias veces.
1.1 ¿Cuántas veces ha jugado y cuántas ha ganado?	No lo sé, he jugado muchas veces y ganado algunas.
1.2 ¿Eso significa que algunas veces tiene suerte y otras no?	Mmmm, parece que sí.
1.3 ¿Qué evidencia tiene de que no siempre tiene suerte en el juego?	Creo que algunas veces en las que he ido a jugar solo he tenido pérdidas.
1.4 ¿Entonces el pensamiento es parcialmente cierto?	Parece que sí.
En esta parte las preguntas están encaminadas a analizar las consecuencias de pensar de esa manera:	
2. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento?	Pues creo que no dejar de jugar y gastar dinero de más en esa actividad.
2.1 ¿Cómo crees que incide esta forma de pensar en tus relaciones sociales/familiares y de trabajo?	Parece que me ha generado algunos conflictos, sobre todo familiares.
2.2 ¿A qué tipo de conflictos familiares te refieres?	Discusiones, por retrasos en los gastos de la casa.
2.3 ¿cuál sería la consecuencia en caso de cambiar tu manera de pensar?	Siento que evitaría muchos problemas.
En esta parte las preguntas están encaminadas a analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto.	
3. ¿Crees que te podrían pasar cosas más graves?	No lo sé.
3.1. ¿Qué es lo peor que podría ocurrir?	Tener más problemas en casa, descuidar mi trabajo o dedicar más tiempo al juego.
3.2 ¿Esto sería un contratiempo o sería una cosa realmente grave?	Pienso que sería algo grave.
3.3 ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?	Creo que sólo desagradable

Una vez que han realizado la actividad mencione que ahora buscarán **pensamientos alternativos** que son las conclusiones de la reestructuración. Cabe aclarar que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontar los pensamientos adecuadamente.

Para encontrar pensamientos alternativos pueden realizarse las siguientes preguntas:

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?

Cuadro 7. Ejemplo de Pensamientos Alternativos	
Pensamiento: <i>“Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad”</i>	
Terapeuta	Paciente
¿Es un pensamiento razonable o no razonable?	Razonable
¿Qué evidencias a favor tiene que apoyen este pensamiento?	He ganado varias veces.
¿Cuántas veces ha jugado y cuántas ha ganado?	No lo sé, he jugado muchas veces y ganado algunas.
¿Eso significa que algunas veces tiene suerte y otras no?	Mmmm, parece que sí.
¿Qué evidencia tiene de que no siempre tiene suerte en el juego?	Creo que algunas veces en las que he ido a jugar solo he tenido pérdidas.
A partir de estas preguntas se busca que se cambie por un pensamiento alternativo o más razonable.	
¿Entonces el pensamiento es parcialmente cierto?	Parece que sí.
¿Esta es la única manera posible de interpretar la realidad del juego?	Opino que no.
¿Cuál sería un pensamiento más realista?	Pues que el ganar no depende de la suerte sino que es una cuestión de probabilidad.

Una vez obtenidos los pensamientos positivos o alternos se pueden utilizar como auto-instrucciones, es decir, lo que una persona se dice a sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que les ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

Comente que la reestructuración cognitiva se puede aplicar a uno mismo en las situaciones o problemas en los que se dispone de tiempo suficiente para reflexionar, situaciones en las que se tiene que dar una respuesta más rápida o en aquellas situaciones donde una persona conocida o familiar les comenta un problema, en este último caso se han de introducir preguntas dentro de una conversación normal.

Revise que al menos un pensamiento negativo haya sido reestructurado de forma positiva por cada paciente y proporcione retroalimentación positiva de la ejecución de dicha actividad.

Actividad 4. Resumen y cierre de la sesión.

Realice un resumen de la sesión señalando la importancia de la reestructuración cognitiva, aclare las dudas que surjan y solicite que de tarea ejerciten reestructuración de los pensamientos que identifiquen durante la semana y los traigan a la siguiente sesión.

Despida al grupo felicitándolos por su asistencia e invítelos a realizar su mayor esfuerzo para mantener su meta.

COMPONENTE: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Meta: Este componente tiene la finalidad de dotar a los/las participantes de habilidades para hacer frente a sus problemas, en lugar de tratar de evadirse de ellos mediante el juego.

Sesión 6. Definir y precisar los problemas

Objetivo: Aprender a definir y precisar los problemas.

Materiales: Pizarrón, gises, hojas de rotafolio y plumones.

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Inicia recapitulando la sesión anterior, se revisa que el auto-registro haya sido llenado correctamente y se les pide que llenen la *Gráfica de tratamiento para dejar la adicción al juego* con los datos de sus auto-registros. Los pacientes conservan su auto-registro y la gráfica es para el terapeuta.

Después explique que a partir de esta sesión se trata de que aprendan habilidades para enfrentar sus problemas y que una de ellas es saber precisar cuál es el problema, crear alternativas eficaces de solución y después ponerlas en práctica. Para conseguirlo se apoyarán en la técnica de solución de problemas.

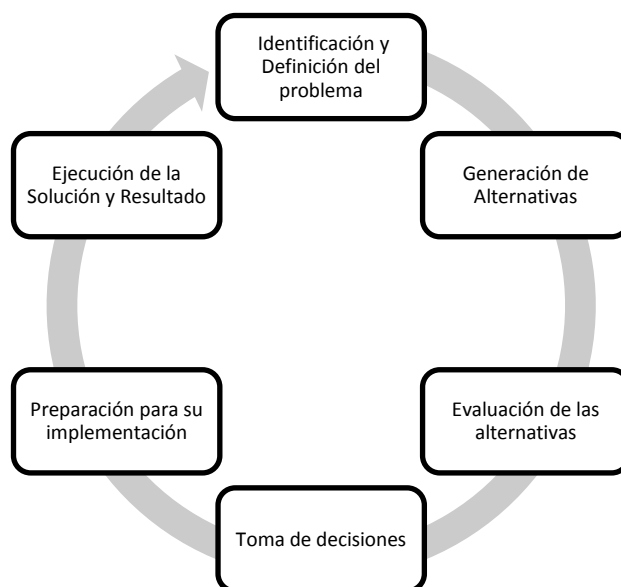
Actividad 2. Explicar el modelo general de la solución de problemas.

Sensibilización hacia los problemas. Puede apoyarse en el siguiente texto.

Los problemas son parte de la vida, muchos de ellos son cotidianos, normales y hasta inevitables, pero todos ellos se pueden enfrentar de forma eficaz y sin que nos generen un exceso de preocupación; todo tiene solución en esta vida, menos la muerte; la cosa es buscarle y ser perseverante. Las cosas empiezan a volverse complejas cuando nos gana la angustia y sentimos que se nos viene el mundo encima o cuando nos hacemos de la vista gorda y postergamos hacernos cargo de nuestros problemas o hasta deseamos que un día desaparezcan por arte de magia. Eso no va a suceder.

Ahora explique el modelo general de solución de problemas apoyándose en la figura 7 y después realice un ejercicio para comprender mejor la técnica.

Figura 7. Pasos para la solución de problemas



Paso 1. Identificación y definición del problema.

Se explica que este paso consiste en la delimitación del problema con precisión, considerando:

- los antecedentes del problema y
- los datos relevantes: quién está implicado, qué, dónde, cuándo y por qué sucede, y cómo se responde ante esa situación.

Se pregunta a los participantes por el tipo de problemas que les ha generado jugar y cómo es que los han resuelto. En base a ello se irá ejemplificando como es que están definiendo los problemas a los que se han enfrentado.

Finalmente y tomando un problema de un paciente como voluntario se llegará a una definición clara del problema que se quiere o se tiene que resolver; por ejemplo “necesito pagar las tarjetas de crédito porque los intereses me están comiendo”.

Paso 2. Generación de alternativas.

En este paso se explica que el objetivo es que la persona encuentre una gama amplia de respuestas para su problema; razón para la cual, la “lluvia de ideas” es una buena opción, pero debe ser guiada por una serie de reglas para llegar a buen término:

1. Principio de aplazamiento del juicio: la crítica se prohíbe, por lo que cualquier alternativa es válida y el razonamiento sobre la solución se postergará.
2. Principio de la variedad: se dará rienda suelta a la imaginación, generando así la mayor variedad de opciones posibles.
3. Principio de la cantidad: entre mayor sea la cantidad de opciones que se manejen mejor. De entre ellas siempre se obtendrán una serie importante de opciones que sean viables.

Este paso sirve para generar tantas soluciones alternativas al problema como le sea posible, mismas que se van registrando en un cuaderno.

Paso 3. Evaluación de las alternativas (en función de sus probables consecuencias).

Esta fase se selecciona la/s alternativa/s que consideren contribuyan a la solución del problema. Para ello, se debe considerar las pros y contras para todas y cada una de las soluciones que se han planteado. Luego se ha de razonar críticamente sobre cada una de las soluciones que se planteó, tomando en cuenta las evaluaciones que se han hecho para cada una de ellas. Es conveniente que le asigne un puntaje a cada una de las soluciones para, posteriormente, seleccionar las de mayor puntaje y después ponerlas en práctica.

Paso 4. Toma de decisiones.

En base a las evaluaciones realizadas en el paso previo, se decide qué alternativa/s tienen más probabilidades de resolver su problema.

Paso 5. Preparación para la implementación.

Este paso es crucial, puesto que se identifica el curso de acción necesario para implementar la acción identificada en el paso anterior, es decir, las acciones que se tendrán que poner en marcha para resolver el problema.

Paso 6. Ejecución de la solución y resultado.

El objetivo es poner en práctica la alternativa que se ha escogido y evaluar la efectividad de la misma. De no haber obtenido resultados positivos, se sugiere regresar el paso 3 y elegir otra alternativa de solución.

Actividad 3. Retomando un caso.

Para clarificar el proceso de solución de problemas se retoma un caso que los participantes hayan mencionado anteriormente. El ejemplo que a continuación se muestra es simplemente una guía para clarificar los pasos a seguir.

Ejemplo: No tengo dinero.

Paso 1. Identificación del problema:

- Antecedentes: He pasado 3 años jugando y apostando; he sobregirado las tarjetas y el dinero que gano no me alcanza para cubrir todos los gastos que tengo, estoy en la ruina, tengo que seguir jugando para poder pagar lo que debo.
- Definición del problema: Tengo demasiadas deudas y lo que gano es insuficiente para solventar los gastos que tengo.

Paso 2. Generación de alternativas:

- Conseguir otro trabajo.
- Pedir otro préstamo.
- Vender la casa.
- Llegar a un acuerdo con los acreedores.
- Jugar y de lo que gane pagar.
- Dejar de jugar.

Paso 3. Evaluación de las alternativas.

Opciones	A favor	En contra	Puntuación de efectividad 1= mínimo 5=máximo
1. Conseguir otro trabajo	Tendría más ingresos y pagaría más rápido mis deudas.	Creo que no tendría tiempo de buscar otro trabajo.	1
2. Pedir otro préstamo	Cubriría la deuda con el banco y evitaría los intereses.	Seguiría endeudado con quién me prestaría el dinero.	2
3. Vender la casa.	Me alcanzaría para cubrir todas mis deudas.	No tengo a donde llevar a vivir a mi familia.	2
4. Llegar a un acuerdo con los acreedores	Cubriría la deuda y evitaría que los intereses continuaran aumentando.	Ninguno	5
5. Jugar y de lo que gane pagar	Me divertiría y ganaría dinero para pagar lo que debo.	Es muy probable que no gane y que la deuda siga aumentando.	1
6. Dejar de jugar	El dinero que destino al juego podría destinarlo al pago de la deuda con el banco.	Ninguno.	5

Paso 4. Toma de decisiones.

Las opciones 4 y 6, son las alternativas con mayores probabilidades de efectividad y van de la mano.

Paso 5. Preparación para la implementación: ¿Qué pasos son necesarios para la implementación?

Para la opción 4, llegar a un acuerdo con el banco:

- a) Llamar para hacer una cita con un ejecutivo del banco.
- b) Reunir los documentos necesarios.
- c) Acudir a la cita.
- d) Solicitar el congelamiento de la deuda y el calendario de pagos.

Para la opción 6, dejar de jugar.

- a) Buscar instituciones que brinden tratamiento.
- b) Hacer una cita.
- c) Acudir a la cita.

Paso 6. Ejecución de la solución y resultado.

Asistí al banco y llegué a un acuerdo en el que me congelaron la deuda y redujeron los intereses en un 70%.

Acudí a CIJ y estoy acudiendo a un grupo en dónde me están ayudando a solucionar mi problema con el juego.

Actividad 4. Cierre y tareas para casa.

Al finalizar el ejemplo, conjuntamente analizan la utilidad del método de solución de problemas, preguntando si consideran qué es algo que se pueda llevar a cabo con facilidad.

Finalmente, se hace el cierre de la sesión comentando que el manejo de la técnica de solución de problemas se aprende en la práctica y que para ello tendrán que traer para la próxima sesión, una lista de problemas potenciales en los que se pueda aplicar lo que se vio en la reunión.

Sesión 7. Qué problemas se pueden resolver

Objetivo: Identificar los problemas en que resulta más adecuado aplicar la técnica y realizar un ejercicio grupal de aplicación en una situación.

Materiales: Pizarrón y gises u hojas de rotafolio y plumones.

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Inicia recapitulando la sesión anterior, se revisa que el auto-registro haya sido llenado correctamente y se les pide que llenen la *Gráfica de tratamiento para dejar la adicción al juego* con los datos de sus auto-registros. Los pacientes conservan su auto-registro y la gráfica es para el terapeuta.

El propósito de esta sesión es poner en práctica el modelo de solución de problemas.

Actividad 2. Ejercicio grupal.

Los participantes van exponiendo, por turno, su lista de problemas (deben traerla escrita en una hoja) para los que podría ser de utilidad la aplicación del método. El/la terapeuta ayuda a que los/las participantes sean específicos a la hora de enunciar los problemas, es decir, que formulen su caso de manera clara (por ejemplo: “necesito incrementar mis ingresos” es más claro que si se plantea “no me alcanza el dinero”).

A continuación, solicita que un/a voluntario exponga su problema y se pide al grupo que para ese problema, apliquen los pasos del modelo de solución de problemas hasta encontrar la mejor opción para solucionarlo. Durante el desarrollo del ejercicio el/la terapeuta proporcionará retroalimentación, vigilando que se sigan todos los pasos.

Este ejercicio se desarrolla con cada participante hasta donde alcance el tiempo.

Actividad 3. Cierre del componente.

El componente se cierra recordándoles a los participantes que los problemas son parte de la vida, por lo que son normales e inevitables, pero que se pueden enfrentar de forma eficaz y sin que generen tanta preocupación, encontrando una solución por medio de la técnica descrita.

COMPONENTE: PERCIBIR, COMPRENDER Y REGULAR NUESTRAS EMOCIONES

Meta: enseñar a los pacientes a percibir, comprender y regular sus emociones e identificar la relación que existe con la forma de pensar y como se vinculan con la conducta de juego.

Sesión 8: Identificando las emociones

Objetivo: Que los/las participantes aprendan a reconocer de forma consciente las emociones que sienten y sean capaces de nombrarlas diferenciándolas de los pensamientos

Materiales: lápices o bolígrafos, hojas de rotafolio, ejercicio Identificando las emociones, figura 8, y lista de emociones

Desarrollo de la sesión

Actividad 1: Destacar los elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Inicia recapitulando la sesión anterior, se revisa que el auto-registro haya sido llenado correctamente y se les pide que llenen la *Gráfica de tratamiento para dejar la adicción al juego* con los datos de sus auto-registros. Los pacientes conservan su auto-registro y la gráfica es para el terapeuta. Después mencione el objetivo de la sesión.

Actividad 2: ¿Qué son las emociones?

Se inicia la sesión explicando brevemente lo que son las emociones, para ello el/la terapeuta deberá dibujar o replicar la figura 8. Tipos de emociones, de tal manera que todos los participantes puedan observarla. Para explicarla se puede apoyar en la información que a continuación se presenta y en el cuadro "Lista de emociones" (anexo).

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

En el ser humano, la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

Cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse.

En una emoción se dan los siguientes elementos (Vivas, Gallego y González, 2007):

- a. La reacción corporal/ fisiológica que son las respuestas involuntarias como la salivación, el cambio en el ritmo cardíaco o respiratorio, aumento de sudoración, dilatación de pupilas, cambios en la tensión muscular, sudoración, sequedad en la boca, presión sanguínea.
- b. Una situación o estímulo con potencial para generar esa reacción.
- c. La reacción motora-observable: expresiones faciales de alegría, ira, miedo, entre otras; tono y volumen de voz, movimientos del cuerpo, sonrisa, llanto, etc.
- d. La habilidad del sujeto para discriminar esa respuesta, procesarla correctamente y reaccionar ante ella.
- e. La experiencia emocional que el sujeto siente ante esa situación.
- f. El significado que el sujeto atribuye a esa situación lo que permite *etiquetar* su emoción en función del dominio del lenguaje.

Abajo se presenta una clasificación usualmente empleada para discernir las emociones:

- Emociones primarias: parecen poseer una alta carga genética, en el sentido que presentan respuestas emocionales preorganizadas que, aunque son modeladas por el aprendizaje y la experiencia, están presentes en todas las personas y las culturas.
- Emociones secundarias: emanan de las primarias, se deben en gran grado al desarrollo individual y sus respuestas difieren ampliamente de una persona a otra.
- Emociones sociales: son menos innatas que las emociones primarias y presentan mayor variabilidad cultural.

De acuerdo con Goleman (2007) todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos ante las situaciones de la vida. La palabra emoción viene del latín *emotio*, que se deriva del verbo *emovere*. Este verbo se forma sobre *moveré* (mover, trasladar) con el prefijo *e* (de) y significa retirar, desalojar de un sitio. Es por ello que una emoción nos saca de nuestro estado habitual, lo que sugiere, que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar. Puede dibujar en una hoja de rotafolio la figura 1. A fin de que conozcan todos los tipos de emociones.

Figura 8. Tipos de emociones



Fuente: Vivas, et al., 2007

En la intención de aclarar lo que son las emociones y cómo se experimentan, el terapeuta abordará el siguiente ejemplo:

Elemento	Evidencia
Situación/Estímulo	Pagar deudas de juego.
Sujeto capaz de percibir el estímulo	La persona que juega.
Experiencia emocional	Felicidad.

<p>Reacción corporal o fisiológica</p>	<p>Aumento de la actividad en un centro nervioso que inhibe los sentimientos negativos y favorece un aumento de la energía disponible y una disminución de aquellos que generan pensamientos inquietantes.</p> <p>No hay un cambio determinado de la fisiología, salvo una tranquilidad que hace que el cuerpo se recupere más rápidamente del despertar biológico de las emociones desconcertantes.</p> <p>Esta emoción ofrece al organismo un descanso general.</p>
<p>Expresión motora observable</p>	<p>Entusiasmo, sonrisas, expresiones de tranquilidad, posturas corporales relajadas.</p>

Actividad 3: Ejercicio “Identificando las emociones”

Se entrega a cada participante la hoja con el identificando las emociones (ver anexo) y se les solicita que lo realicen dando un tiempo de 5 a 10 minutos para ello. Cuando todos/as hayan concluido se les preguntará ¿cuántas emociones lograron identificar? y ¿En qué situaciones las han vivido? Se animará a que todos/as participen.

Actividad 4. Resumen y cierre de la sesión.

Realice un resumen de la sesión destacando la importancia que tienen la percepción, comprensión y regulación de las emociones y su impacto sobre la conducta. Así mismo la relevancia de llevar a cabo el registro diario emocional como un instrumento que facilita el ser consciente de nuestra forma de sentir. Resuelva cualquier duda que surja. Solicite que continúen realizando su auto-registro y que no olviden traerlo a la próxima sesión.

Sesión 9: Comprendiendo mis emociones

Objetivo: Comprender las emociones relacionadas con la conducta de juego para un afrontamiento saludable de las mismas.

Materiales: Hojas de rotafolio, figura 9, ejercicio “Emociones y Juego”.

Desarrollo de la Sesión

Actividad 1: Destacar los elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

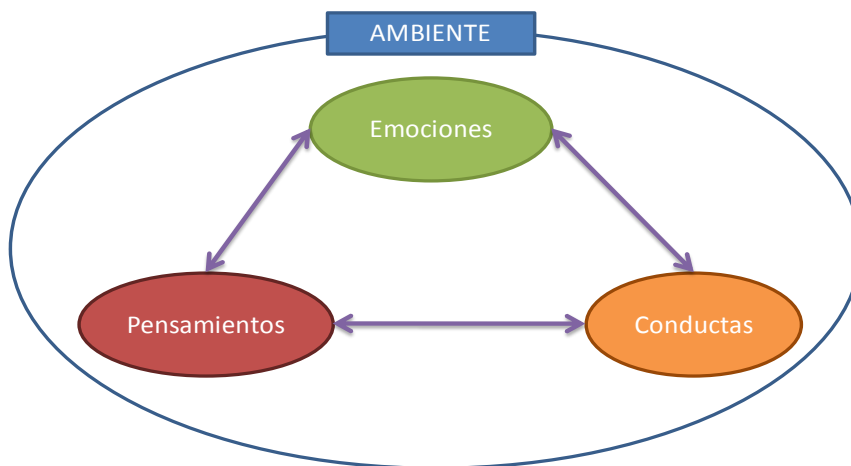
Opera el mismo procedimiento que en la anterior sesión. Después señale el objetivo de la sesión.

Actividad 2. Explicar el modelo de los aspectos (emociones, pensamientos, conductas, reacciones y ambiente) que intervienen en la manera en cómo reaccionamos ante las situaciones.

- Ambiente: hace referencia al contexto en el que las personas se relacionan y a los acontecimientos por los que se sienten afectados. Por ejemplo, el lugar donde viven, el casino, el trabajo etc.
- Pensamientos: los pensamientos son el flujo de actividad (ideas, imágenes, recuerdos y palabras) que a lo largo del día tienen las personas.
- Emociones: las emociones son estados afectivos que experimentan las personas, por ejemplo, tristeza, alegría, enojo, miedo, sorpresa, etc.
- Conducta: las conductas hacen referencia a cualquier forma de actividad o respuesta realizada por las personas.

El/La terapeuta hace la observación de que las áreas están interconectadas haciendo notar que las líneas muestran que cada uno de los diferentes aspectos de las vidas de las personas influyen en todos los demás. Por ejemplo, los cambios en nuestras emociones influyen en cómo las personas pensamos y también en cómo nos comportamos (tanto física como emocionalmente). Igualmente, los cambios en nuestros pensamientos afectan a nuestras conductas, emociones, reacciones físicas y llevaría cambios en nuestro ambiente social.

Figura 9. Interdependencia



Actividad 3. ¿Cuál es la conexión entre estado de ánimo, pensamiento y conductas?

Una vez explicado el modelo de la interacción, el/la terapeuta pregunta a los/las pacientes si tienen alguna idea de ¿cómo el estado de ánimo influye en los pensamientos? Se sugiere que las respuestas vayan siendo anotadas en el pizarrón o rotafolio.

Cuando considere que la discusión se ha agotado, comenta que el estado de ánimo influye directamente en lo que piensan las personas. Por ejemplo, si una persona se siente feliz, tendrá pensamientos positivos

acerca de sí mismo, los demás y el mundo; en cambio, cuando se tiene un estado de ánimo alterado, como la euforia, o se experimenta por mucho tiempo una misma emoción, como la tristeza, los pensamientos estarán distorsionados, es decir, exagerados, la realidad se distorsiona por lo que las decisiones que se tomen bajo estas condiciones tendrán mayores probabilidades de tener malos resultados.

Para clarificar el punto anterior se comenta lo siguiente.

Imaginen a una persona en el casino sentada frente a la ruleta, después de varias apuestas ha ganado una ronda, se siente eufórica porque ha ganado la partida, se levanta de la mesa y se dirige a la mesa de póquer. Sentada en una nueva mesa, con la emoción de haber ganado y pensando que la suerte está de su lado, apuesta todo a una sola partida, el resultado de la partida no le favorece, ahora se siente triste y decepcionada/o, piensa que hubiese sido mejor retirarse con la ganancia pero pensó “Esta vez es la mía”.

Invítelos a recordar las distorsiones abordadas en el componente de “Reestructuración Cognitiva” y a identificar en qué momento la persona presentó dos tipos de distorsiones: “Confianza en la suerte” y “Predicciones”.

Explica que al igual que con los pensamientos, lo que hacemos está fuertemente mediado por lo que sentimos. Por ejemplo, cuando una persona está muy enojada, las probabilidades de que haga algo violento como arrojar cosas, insultar o agredir físicamente, aumentan. Aunque también puede beber, jugar o ambas.

Concluye exponiendo que cuanto más intensos sean los estados de ánimo, los pensamientos son probablemente más extremos. Esto no significa que los pensamientos sean erróneos cuando se experimentan estados de ánimo intensos. Pero cuando se pasa por una emoción intensa, la probabilidad de distorsionar (exagerar) o hacer cosas inconvenientes aumenta, por ello es importante saber reconocer, comprender y manejar adecuadamente nuestras reacciones emocionales.

Actividad 4. Ejercicio grupal

El terapeuta explica que para dejar claro la importancia que tienen las emociones y los demás elementos relacionados con su conducta de juego llevaran a cabo un ejercicio.

Entrega el ejercicio “Emociones y Juego” (ver anexo) y les solicita que recuerden una situación de juego en la que consideren que tomaron una decisión poco conveniente. Una vez que tengan identificada la situación se solicita que la anotaran y respondan a las preguntas que están planteadas.

Una vez que los pacientes han terminado de contestar el ejercicio el/la terapeuta pide a los pacientes que lo compartan. La intención de compartir el ejercicio es observar si lograron percibir y comprender las emociones y que estas son un factor importante que deben tener presentes durante la abstinencia de la conducta de juego.

Actividad 5. Resumen y cierre de la sesión.

Realice un resumen de la sesión destacando la importancia que tienen la comprensión de las emociones y su relación con nuestra forma de pensar y en consecuencia en nuestra forma de actuar. Resuelva cualquier duda que surja. Solicite que continúen realizando su auto-registro y que no olviden traerlo a la próxima sesión.

Sesión 10. Regulando la ansiedad

Objetivo: Practicar la relajación a fin de aprender a regular los síntomas y pensamientos relacionados con la ansiedad.

Materiales: sillas y/o colchonetas.

Desarrollo de la sesión

Actividad 1: Destacar los elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Opera el mismo procedimiento que en la anterior sesión. Después señale el objetivo de la sesión.

NOTA: El/La terapeuta elegirá la técnica que considere aportara más herramientas a los/las pacientes.

Actividad 2. Ejercicio de Relajación

Puede proporcionar la siguiente información u otra que considere conveniente. La ansiedad es una de las emociones más angustiosas que las personas sienten cuando enfrentamos experiencias difíciles de nuestra vida como puede ser en este caso la conducta de juego. La mayoría de las personas pueden estar conscientes de los síntomas físicos que incluyen: inquietud, tensión, manos sudorosas, ligero dolor de cabeza, dificultades para respirar, aumento del ritmo cardíaco y mejillas ruborizadas y se experimentan en las cuatro áreas de la vida descritas en sesiones anteriores.

La ansiedad va acompañada de pensamientos sobre la percepción de que se está en peligro o amenazados o que de alguna forma se es vulnerable. Donde las amenazas pueden ser físicas, mentales o sociales. La amenaza física ocurre cuando creen que serán heridos físicamente. La social ocurre cuando creemos que seremos rechazados, humillados, avergonzados o sofocados y la mental ocurre cuando algo hace que nos preocupemos de que vamos a volvernos locas/os o a perder nuestras capacidades mentales.

Así los pensamientos relacionados con la ansiedad se orientan hacia el futuro y a menudo predicen catástrofes.

Es importante conocer que la ansiedad puede ser reducida tanto por la disminución de la percepción de peligro como por el incremento de la confianza en sus habilidades para afrontar las amenazas. En este sentido, existen algunas estrategias útiles para regular la ansiedad que experimentan antes los episodios de juego. Entre ellas se encuentra la relajación, la relajación muscular progresiva, la reestructuración cognitiva.

Continuando con la explicación puede comentar lo siguiente:

La mayoría de las personas desconocen cuáles de sus músculos están tensos de una forma crónica. Dado que se convierte en una constante en sus vidas, es difícil identificarla. Y en las personas jugadoras se ha encontrado que una de las emociones desagradables es la ansiedad que llegan a manifestar ante la falta del juego. En este sentido una de las estrategias que puede auxiliarles en identificar estos grupos de músculos y distinguir entre la sensación de tensión y relajación profunda es la relajación progresiva donde se trabajan cuatro grupos principales de músculos.

1. Músculos de la mano, antebrazo y bíceps
2. Músculos de la cabeza, cara, cuello, hombros, frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua.
3. Músculos del tórax, de la región del estómago y de la región lumbar
4. Músculos de los muslos, nalgas, de las pantorrillas y de los pies.

Se puede practicar la relación sentado en una silla y procurando que la cabeza se encuentre apoyada en una superficie. Cada grupo de músculos se tensa de cinco a siete segundos y luego se relaja de veinte a treinta. Hay que repetir el proceso por lo menos una vez. Si alguna área continúa tensa puede repetirlo todo una cinco veces más. Las siguientes expresiones pueden serles de utilidad:

- a) Libero la tensión de mi cuerpo
- b) Alejo la tensión. Me siento en calma y descansado

c) Me relajo y libero los músculos

d) Dejo que la tensión se disuelva poco a poco

El procedimiento básico es el siguiente:

Colócate en una posición cómoda y relájate. Ahora cierra el puño derecho y apriétalo más y más fuerte, observando la presión que se produce al hacerlo. Consérvalo cerrado y fíjate en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora relájate. Siente la flacidez de tu mano derecha y compárala con la tensión que sentías hace unos segundos. Repite de nuevo el proceso pero esta vez con la mano izquierda y, por último, hazlo con las dos manos a la vez.

Ahora dobla los codos y tensa los bíceps, ténsalos tanto como puedas y repara en la sensación de tensión. Relájate y estira los brazos. Déjalos relajados y observa la diferencia. Repite este ejercicio y los sucesivos, por lo menos una vez.

Dirige tu atención hacia la cabeza. Arruga la frente tanto como puedas. Ahora relájate y desarrúgala. Imagínate como toda la piel de tu frente y de tu cabeza entera se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa en el momento en que te has sentido relajado. Ahora frunce el entrecejo e intenta sentir como las venas se extienden por la frente. Relájate y deja que la frente se ponga de nuevo lisa, ahora cierra los ojos y apriétalos fuertemente. Observa la tensión. Relájalos y déjalos cerrados suavemente. Ahora cierra las mandíbulas, apretando con fuerza; nota la tensión que se produce en toda la zona. Relájala. Una vez relajada, notarás que los labios están ligeramente separados. Aprecia el contraste real que hay entre el estado de tensión y el de relajación. Ahora aprieta la lengua contra el paladar. Observa el dolor que se produce en la parte posterior de la boca.

Relájate. Ahora aprieta los labios haciendo con ellos una "O". Relájalos. Observa como tu frente, tus ojos, tu mandíbula, tu lengua y tus labios están, en este momento, relajados.

Desplaza la cabeza hacia atrás tanto como puedas, sin forzar para no hacerte daño. Observa la tensión que aparece en el cuello. Gírala hacia la derecha y fíjate en que se ha desplazado el foco de tensión; gírala ahora hacia la izquierda. Endereza la cabeza y muévela ahora hacia delante, apretando la barbilla contra el pecho. Observa la tensión que se siente en la nuca. Relájate dejando que la cabeza vuelva a una posición natural. Ahora encoge los hombros. Encógelos hasta que la cabeza te quede hundida entre ellos. Relájalos. Ahora bájalos y siente como la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros.

Proporciona a tu cuerpo la oportunidad de relajarse. Siente la comodidad y la dureza. Ahora inspira y llena de aire los pulmones. Sostén la respiración. Observa la tensión que se produce. Ahora espira haciendo que el tórax se deshinché, dejando que el aire vaya saliendo poco a poco. Continúa relajándote haciendo que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable. Repite esto varias veces, observando como la tensión va desapareciendo de tu cuerpo a medida que el aire va saliendo, espirado. Ahora tensa el estómago y déjalo que permanezca así. Nota la tensión y luego relájate. Ahora coloca una mano en esta región. Respira profundamente apretando la mano contra la pared del estómago. Aguanta y luego relájate. Percibe la diferencia que se produce al soltar el aire.

Ahora arquea la espalda, sin forzar. Mantén el resto del cuerpo tan relajado como puedas. Concentra tu atención en la parte más baja de la espalda. Ahora relájate más y más profundamente.

Tensa las nalgas y los muslos. Para ello, contrae los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como puedas. Relájate y siente la diferencia. Flexiona los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudia la tensión que se produce. Relájate. Ahora extiende con fuerza los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba y sentirás con ellos la contracción de los músculos de las espinillas. Relájate otra vez.

Siente la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se va haciendo profunda. Relaja los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas. Luego deja que la relajación se extienda hasta el estómago, hasta la región lumbar y el tórax. Deja que se extienda más y más. Siéntela en los hombros, en los brazos y en las manos. Más y más profundamente siente la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara.

Actividad 3. Ejercicio de respiración, relajación y visualización

Explique que para realizar este ejercicio se requiere estar cómodos, pueden quedarse en la silla o tumbarse en el piso sobre alguna colchoneta o tapete. Hay que cerrar sus ojos suavemente y realizar poco a poco respiraciones profundas.

Inspiren por la nariz, cuenten hasta cuatro y expiren por la boca, suavemente.

Mientras respiras, procura relajarte más y más....

Inspira... Espira... Inspira... Espira.... Inspira... Espira...

Ahora, emprende un viaje hacia la naturaleza, donde irás a la deriva y te relajarás.

Imagínate que estás en un lago, rodeado de árboles... Es un lugar muy confortable y relajante.

Encima de ti se ve el cielo azul con blancas y esponjosas nubes.

Siente la fría brisa que acaricia tu piel y esto te resulta muy relajante y tranquilizador. Cuando miras a tu alrededor, ves los detalles de los árboles, de las piedras, y las briznas de hierba. Cuando observas los detalles de esta escena, te resulta muy relajante. Relájate más y más, profundamente.

Experimenta estar aquí en esta fantasía y colócate sobre la tierra, al calor del sol. Déjate arrastrar libremente en paz, imagínate cálido, confortable y relajado....

Mientras prosigue la relajación, imagínate en el lago, en una balsa... Remando suavemente, siente que la balsa se desliza con calma y sin esfuerzo. La sensación de relajación, paz y alegría que estás experimentando ahora te acompañará durante un tiempo prolongado. Al regresar a tu estado normal recordarás esta imagen y te resultará apacible, relajante y podrás recrearla siempre que lo desees. Cuando regreses al estado normal, puedes sentirte sereno, relajado y nuevamente en armonía contigo mismo y con la naturaleza que te rodea.

Siente tu cuerpo de nuevo.... la silla/el piso, toma lentamente conciencia de lugar donde te encuentras ... Respira profundamente y despacio... abre los ojos y mira tu alrededor. Sonríe.

Visualización del control emocional.

Comienza por cerrar los ojos y concentrar la atención en la respiración, realiza siete respiraciones suaves y profundas, hazlo tomando el aire por la nariz y botándolo por la boca. Mientras lo haces procura soltar la tensión acumulada en tu cuerpo, afloja cada parte de él y descansa... al término de la séptima respiración, trae mentalmente el recuerdo de ese lugar donde alguna vez te sentiste bien, a gusto y en paz, recuérdalo y recórrelo con tu imaginación. Luego saca ese recuerdo, conserva tus sentimientos positivos y comienza a construir la imagen mental de una situación en la que estás manejando de manera positiva un conflicto emocional. Es una situación en la que con frecuencia te resulta difícil manejarla... pero en esta ocasión puedes ver cómo mantienes el control de tus impulsos y de tu pensamiento... imagínala como si ya estuviera sucediendo, créala con todos los detalles, mírate a ti mismo en esa situación... obsérvate y encuentra la causa de esa emoción... qué piensas... qué te provoca hacer... ahora reconoce tus fortalezas... respira profundo y toma tu tiempo para que tus ideas se organicen... mira las alternativas que te pudieran ser útiles para resolver la situación de manera positiva... visualízate a ti mismo haciendo la más conveniente..., puedes captar la plenitud de tu rostro al sentirte capaz de manejarte de manera positiva la situación... tu cuerpo está relajado y te sientes en paz contigo mismo... y con los demás... Respira profundo y al botar el aire piensa que ya lo conseguiste, quédate ahí, disfrutando de tu logro y del estado de relajación en que te encuentras.

Suavemente haz un par de respiraciones... luego recuerda mentalmente donde te encuentras, siente tu cuerpo y abre los ojos suavemente.

Actividad 6. Resumen y cierre de la sesión.

Realice un resumen de la sesión señalando la importancia de la reestructuración cognitiva, aclare las dudas que surjan y solicite que de tarea ejerciten el cambio de pensamiento de los pensamientos que identifiquen durante la semana y los traigan a la siguiente sesión.

COMPONENTE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Meta: Favorecer el mantenimiento de la abstinencia a la conducta de juego.

Sesión 11. Conociendo el proceso de la recaída

Objetivo: Identificar el proceso de la recaída y conocer la diferencia entre *desacierto* y *recaída*.

Materiales: Lápices o plumas, cuaderno y hojas de rotafolio.

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior y revisar el auto-registro.

Inicia recapitulando la sesión anterior, se revisa que el auto-registro haya sido llenado correctamente y se les pide que llenen la *Gráfica de tratamiento para dejar la adicción al juego* con los datos de sus auto-registros. Los pacientes conservan su auto-registro y la gráfica es para el terapeuta. Después explique el objetivo de la sesión

Actividad 2. Definiendo un desacierto y una recaída.

Puede proporcionar la siguiente información u otra que usted considere pertinente.

Un *desacierto* es una conducta puntual que no supone un retroceso, es decir, que no retornan al patrón inicial de la conducta de juego que existía antes de tomar la decisión de cambio. Ante un *desacierto* es importante actuar para prevenir la recaída. Los *desaciertos* suelen manifestarse como situaciones de permiso para realizar la conducta de juego y suelen coincidir con ocasiones puntuales, como la celebración de un aniversario, pasar cerca del casino, pensar en que pueden recuperarse de la pérdida económica y estas son señales de alerta y son el primer paso para la recaída.

Mientras que la *recaída* es una falla en el intento de una persona por alcanzar una conducta meta. Desde esta perspectiva, la recaída es vista como un proceso de transición, una serie de eventos que pueden o no regresarlos a los niveles de la conducta de juego antes del tratamiento. La *recaída* implica el regreso a la conducta de juego y a la vida anterior, al mismo ambiente. La recaída implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores están influidos por su historia de aprendizaje, su funcionamiento físico, su predisposición psicológica y su entorno (Marlatt y George, 1984).

Algunas características de las recaídas son:

A) El juego consiste en una conducta estereotipada que se puede adquirir y modificar mediante encadenamiento. La recaída puede ocurrir en cualquier eslabón de la cadena, facilitando la continuación de la misma.

B) Las recaídas son posibles. La recaída forma parte del proceso de cambio.

C) Pueden ocurrir después de un tiempo de estar sin jugar. Si bien el período crítico son los primeros tres meses, las recaídas pueden aparecer más tarde. Es importante estar pendiente durante los dos primeros años, ya que la adicción produjo hábitos conductuales fuertemente consolidados, además de que en nuestra sociedad existe presión social y cultural para el juego que no va a desaparecer.

D) Se producen no sólo por la privación del juego, sino como efecto de estímulos condicionados y discriminativos asociados que no se hayan desaprendido totalmente. Pueden producirse también por otras causas que nada tienen que ver con el juego, pero que se aprendió a resolverlas jugando.

A partir de lo expuesto solicite que cada integrante del grupo realice un análisis de sus experiencias pasadas y trate de identificar si en su caso en particular han tenido episodios de *desacierto* o *recaída* y comenten su experiencia ante los demás miembros e indague que pensamientos han pasado por su mente, cómo se han sentido y qué es lo que han hecho para afrontar la situación.

Actividad 3. Conociendo el proceso de la recaída.

La recaída se produce cuando se exponen a una situación de riesgo, sin ser capaces de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de la abstinencia. Es decir, que si ante una situación de riesgo (por ejemplo, entrar a un bar con máquinas tragamonedas o recreativas, pasar por donde se encuentra el casino, pensar en las ocasiones en las que han ganado) ustedes emiten una respuesta de afrontamiento adecuada (por ejemplo, rechazar una invitación a jugar) la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que al afrontar la situación de riesgo de manera satisfactoria se percibirán con una sensación de control que, además se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, por lo que su percepción de auto-eficacia (confianza en sí mismo) aumenta.

Pero si por el contrario, si no son capaces de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará porque, por una parte, disminuirá su percepción de auto-eficacia y, por otra, les será mucho más sencillo, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, el anticipar la expectativa positiva derivada de la conducta de juego (Guiñales, s/f).

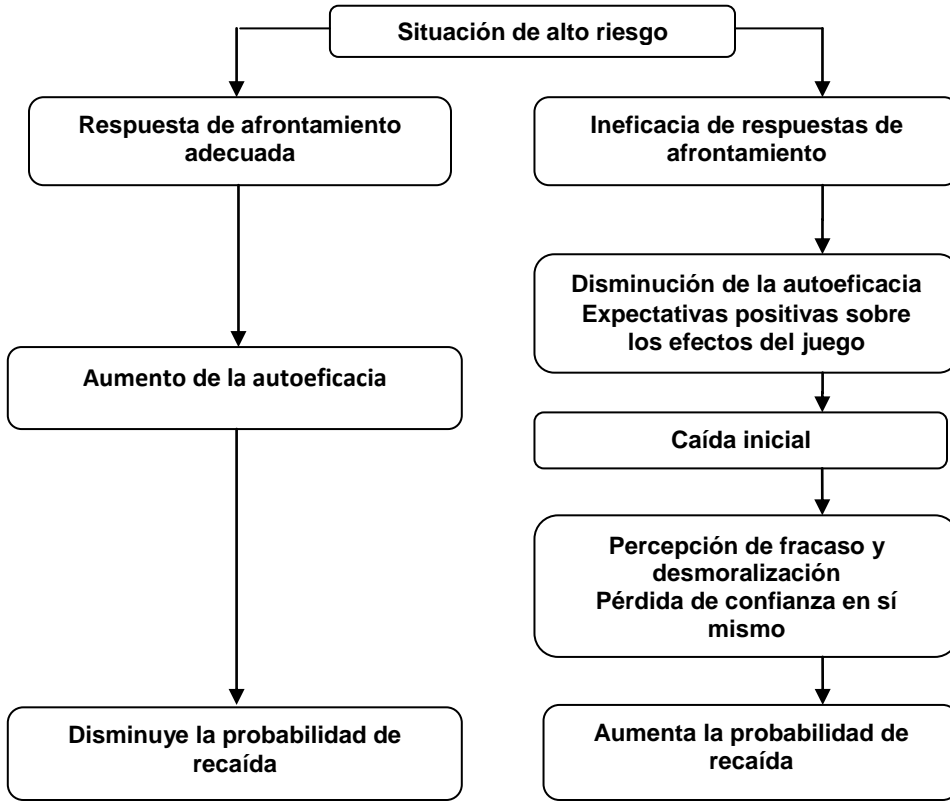
Este *desacierto* inicial puede también estar ligado con un estado de ánimo deprimido, por un conflicto personal, por el consumo de alcohol o por una distorsión cognitiva (por ejemplo, pensar que por una vez que juegue no va a pasar nada). De un episodio aislado se puede pasar rápidamente a la *recaída* que supone la vuelta a los niveles de juego anteriores al tratamiento. Lo que facilita esta transición es la percepción de fracaso del sujeto y la pérdida de confianza en sus habilidades para mantener su objetivo terapéutico propuesto (Marlatt y Gordon, 1985).

Para que les quede más clara la información del proceso de recaída puede dibujar en una hoja de rotafolio o mostrar la figura 10.

Para explicar este fenómeno se ha propuesto un mecanismo denominado *efecto de incumplimiento de la abstinencia* que consiste en las reacciones afectivas desagradables y cognitivas que disminuyen la motivación para mantenerse abstinentes o que empujan de nuevo al juego.

Por ejemplo, la primera cantidad de dinero invertida en el juego después de un período de abstinencia provoca un estado emocional negativo de conflicto o culpa que puede reducirse por la repetición reiterada de la conducta de juego; y lo que piensa al respecto (por ejemplo, me falta “fuerza de voluntad” o no tengo la suficiente “capacidad de control” de mis conductas). La suma de estas reacciones aumenta la probabilidad de tener nuevos desaciertos y de llegar, por lo tanto, a la pérdida de control. La intensidad de este efecto de incumplimiento de la abstinencia depende de factores como: la duración del período de abstinencia (cuanto más largo es el período, mayor es el efecto), el grado de compromiso personal o público para mantener la abstinencia y la importancia de la conducta para la persona (Marlatt y Gordon, 1985).

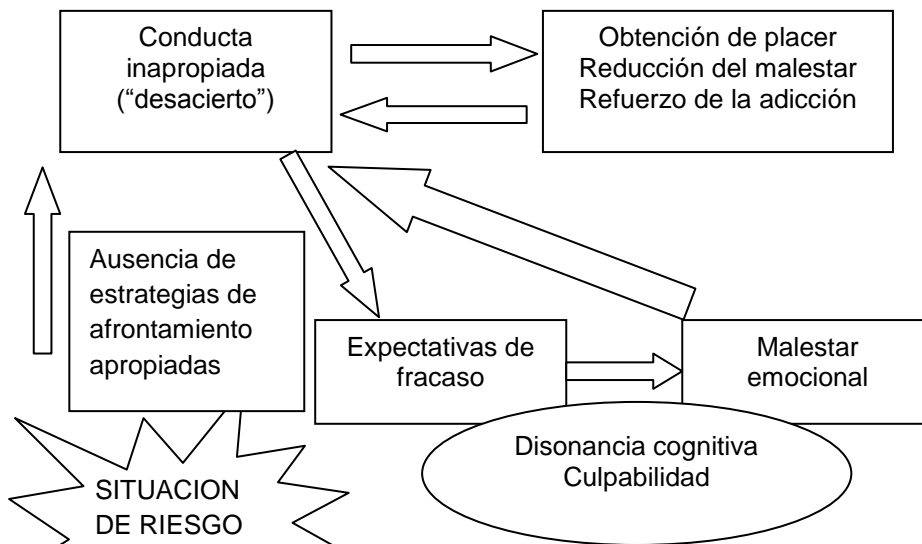
Figura 10. Modelo psicológico del proceso de recaída (Marlatt y Gordon, 1985)



Las reacciones afectivas más comunes después de un desacierto son la culpa y la vergüenza, al mismo tiempo que un deterioro en la autoestima y abatimiento. Estas se van a intensificar por determinadas cogniciones desadaptativas, que a su vez son las principales responsables de provocar estados afectivos desagradables, cerrando un círculo que provoca la reaparición de la adicción.

Para reforzar la información expuesta puede dibujar la figura 11 en una hoja de rotafolio.

Figura 11. Efecto de incumplimiento de la abstinencia



Al término de la exposición puede indagar que piensan al respecto y proporcione retroalimentación de acuerdo a los comentarios expuestos.

Por otro lado, es importante considerar que existen una serie de principios básicos de condicionamiento que explican este fenómeno de la recaída:

La *recuperación espontánea* es la reaparición de la conducta extinguida, simplemente como consecuencia del paso del tiempo. Esta respuesta puede recuperarse aunque no se haya vuelto a jugar, ni haya ocurrido nada que explique que la conducta reaparezca. Esta es temporal y cada vez serán más espaciadas en el tiempo y de menor magnitud.

En otras ocasiones la respuesta condicionada puede reaparecer por la presentación de un estímulo intenso repentino que en la mayor parte de las ocasiones tampoco tiene nada que ver con el juego. A esto se le conoce como deshabitación. Donde estímulos intensos afectivamente provoca una reacción emocional de gran envergadura y la recuperación de respuestas condicionadas previamente extinguidas.

Y el refuerzo negativo cuando el juego se ha utilizado como una estrategia para reducir el malestar que provoca la abstinencia. Así es posible que reaparezca el juego para resolver esas situaciones.

Actividad 4. Resumen, cierre de la sesión y tarea para casa.

Realice un resumen de la sesión resaltando la importancia de comprender y diferenciar el concepto de desacierto y recaída, conocer el proceso de la recaída y los principios básicos que la sustentan.

Proporcione retroalimentación positiva por la participación de cada uno de las/los pacientes sobre su ejecución en las actividades durante la sesión.

Sesión 12. Identificación de situaciones de alto riesgo de recaída

Objetivo: Identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída y generar planes de afrontamiento eficaces.

Materiales: Pizarrón y gises u hojas de rotafolio, plumones, Inventario de situaciones de juego, auto-registro y cuadro “Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída”.

Desarrollo de la sesión

Actividad 1. Destacar elementos de la sesión anterior, revisar el auto-registro.

Opera el mismo procedimiento que en la anterior sesión. Después explique que el propósito de la sesión es identificar las situaciones de alto riesgo para una recaída.

Actividad 2. Identificando las situaciones de alto riesgo de recaída.

Puede proporcionar la siguiente información u otra que usted considere pertinente. Las situaciones-estímulos de alto riesgo, son acontecimientos que están presentes o que ocurren inmediatamente antes de llevar a cabo la conducta y son básicamente dos tipos: internos y externos.

Las situaciones-estímulo externas hacen referencia a eventos que suceden fuera de nosotros y que, por lo tanto, escapan un poco de nuestro control. En esta categoría entran las personas (aquellas que nos encontramos inesperadamente y nos invitan a jugar), las circunstancias (fiestas, celebraciones, discusiones) y los lugares (bares, casas de juego, casinos, etcétera). Las situaciones-estímulo internas se refieren a eventos que suceden dentro de nosotros y de los cuales somos totalmente responsables, estos eventos pueden ser: pensamientos (“tengo una suerte especial”, “ahora sí voy a recuperarme”), emociones (miedo, ansiedad, enojo) y estados físicos (dolores de cabeza, tensión, cansancio).

En este sentido, se ha encontrado que las situaciones desencadenantes de recaída en el juego son las siguientes: el manejo inadecuado del dinero (disponibilidad de ingresos económicos inesperados, vigilancia excesiva del dinero por parte de la familia, el pago de deudas, etc.); los estados emocionales negativos (aburrimiento/tristeza, ansiedad/estrés, ira/discusiones, etc.), el consumo abusivo de alcohol, la avidez por el juego y la presión social (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999).

Al término de la exposición entregue a las/los pacientes la gráfica de resultados del inventario de situaciones de juego que contestaron en la evaluación y en su cuaderno registren las tres principales situaciones e identifiquen a qué tipo de situación-estímulo pertenecen, en caso de existir dudas aclárelas en caso contrario solicite que cada uno exponga su ejercicio.

Actividad 3. Ejercicio evaluación de la probabilidad de sufrir una recaída.

Comente que es importante evaluar e identificar qué situaciones concretas son peligrosas para cada una/o, así como su percepción subjetiva que tienen con respecto a su capacidad para afrontarlas.

Para ello proporcione el cuadro “Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída”, y explique la forma de llenarlo: en la primera columna van a registrar la situación, es decir, si es externa o interna; en la segunda columna registrarán el grado de riesgo ante esa situación de 0 a 10; en la tercera columna la capacidad percibida para afrontar la situación en una escala de 0 a 10 y en la última columna registrar las estrategias de afrontamiento utilizadas ante esa situación, a continuación se muestra un ejemplo que puede reproducir en una hoja de rotafolio.

Ejemplo. Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

Situación	Grado de riesgo (0-10)	Capacidad para afrontarla (0-10)	Estrategias de afrontamiento utilizadas
Es día de cobro y voy tener dinero.	10	5	Pedirle apoyo a mi pareja para que me acompañe a cobrar.

Puede indagar si hay dudas sobre el llenado en caso afirmativo aclárelas, en caso contrario solicite que llenen el registro tomando en cuentas la información de sus autoregistros de la conducta de juego que han traído a la sesión y al término de la actividad pida que un/a paciente exponga su ejercicio. Retroalimente positivamente la actividad y en caso necesario señale en que debe realizar cambios.

Actividad 4. Análisis de las situaciones de alto riesgo de recaída

Con la información del ejercicio anterior pida que realicen el análisis funcional de las situaciones identificadas y generen planes de afrontamiento. A continuación se muestra un ejemplo de los elementos del análisis funcional de la conducta de juego.

Análisis funcional

Antecedentes		Conducta	Consecuencias
Motivos Internos	Motivos Externos		
Pensamientos Emociones Estados Físicos	Personas Circunstancias Lugares	Jugar	Problemas familiares. Ganar o perder dinero. Pérdida del trabajo. Estrés, depresión.

Ejemplo de Análisis Funcional

Antecedentes		Conducta	Consecuencias
Motivos Internos	Motivos Externos		
Pensamientos: si juego una vez no pasara nada. Emociones: Preocupación por la pérdida de anoche Estados Físicos: Nerviosismo	Personas: encontrarme con las personas que regularmente convivio Circunstancias Hoy es día de pago Lugares: casino	Llevar mi amuleto de la buena suerte Jugar en la misma máquina	Problemas familiares. Ganar o perder dinero. Pérdida del trabajo. Estrés, depresión.

Actividad 5. Planes de afrontamiento para las situaciones de alto riesgo

Para el afrontamiento eficaz de las situaciones de alto riesgo es necesario desarrollar estrategias que permitan afrontarlas de manera satisfactoria. Para ello pida que retome las tres principales situaciones de riesgo que registraron anteriormente y realicen el siguiente ejercicio de imaginación mental donde visualicen el escenario, es decir, la situación, el lugar, las personas, los sentimientos, los pensamientos que pueden aparecer y a que estrategias o alternativas pueden recurrir para afrontar ese situación de alto riesgo.

Situación de riesgo 1: Sentirme triste por la pérdida económica (emociones desagradables)		
Estrategia	Plan a seguir	Obstáculos
Si estoy en casa salir a buscar a un amiga/o para platicar	Le llamo por teléfono para saber si está disponible. Acordamos un punto de reunión para charlar. Pensar en alguien por si no la /lo encuentro.	El tiempo que puede tener disponible El que no llegue a la cita Que comience a llover y ya no pueda ver a mi amigo.

Actividad 6. Ensayo conductual de las estrategias de afrontamiento

Posteriormente, lleve a cabo el ensayo conductual de las situaciones de alto riesgo con cada uno de los integrantes del grupo, con la finalidad de poner en práctica nuevas respuestas alternativas frente a las

situaciones y con ello incrementar su auto-eficacia al verse a sí mismos con un mayor control sobre la situación.

Actividad 7. Resumen y cierre del componente.

Realice un resumen de lo trabajado durante la intervención destacando los logros alcanzados por cada uno de los integrantes del grupo, señale que esta es la última sesión de la intervención; rescate las experiencias de los miembros del grupo e invítelos a continuar trabajando en el día a día para prevenir las recaídas retroalimentando positivamente los logros de cada uno de ellos.

Bibliografía

1. Acevedo, A. (2011, 8 de Mayo). Peligrosa afición al juego. Diario de Yucatán. México.
2. American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON. Barcelona, España.
3. American Psychiatric Association (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON. México, D. F.
4. Beck, J. (2008). Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Gedisa. Barcelona.
5. Becoña, E. (2004). El juego patológico: Prevalencia en España. Salud y Drogas. 4 (002).
6. Bergler (1957) en Domínguez, A., Pérez, M., Sicilia, E., Villahoz, J., Fernández, R. (2007). Guía clínica: actuar ante el juego patológico. Consejería para la igualdad y bienestar social, Junta de Andalucía. España.
7. Bloch, S. Al Alba de las emociones. Disponible en red. Consultado en Mayo de 2012.
8. Chávez, J. (2006, 06 de Noviembre). Mexicanos, 80% de jugadores en la zona libre de Belice. La Jornada.
9. Chóliz, M. (2006). Adicción al juego de azar. Consultado en Mayo, 2011. Disponible en: <http://www.uv.es/choliz>
10. Dannon, P., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., Musin, E. & Kotler, M. (2006). Pathological Gambling: A review of phenomenological models and treatment modalities for an unrecognized psychiatric disorder. Prim Care Companion J Clin Psychiatric. 8 (6).
11. Domínguez, A., Pérez, M., Sicilia, E., Villahoz, J., Fernández, R. (2007). Guía clínica: actuar ante el juego patológico. Consejería para la igualdad y bienestar social, Junta de Andalucía. España.
12. Echeburúa, E y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas Adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
13. Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Avances en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 11, 349-361.
14. Fernández-Alba, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. Salud y Drogas, 4, 79-96.
15. Fernández-Montalvo, J. y Castillo, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico: Una revisión crítica. *Salud y Drogas*, 4, 149-166.
16. Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Baéz, C. (1995). Cuestionario breve de juego patológico: un nuevo instrumento de screening. Análisis y modificación de la conducta. 21 (76).
17. Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E., y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 4:115-121.
18. Ferrández, D. 2010. Eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis Doctoral. Madrid.
19. Freud (1928) en Domínguez, A., Pérez, M., Sicilia, E., Villahoz, J., Fernández, R. (2007). Guía clínica: actuar ante el juego patológico. Consejería para la igualdad y bienestar social, Junta de Andalucía. España.
20. George, S. & Murali, V. (2005). Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11, 450-456.
21. Goleman, D. (1996). La inteligencia emocional. Barcelona. Kairos.
22. Gómez, J., Sancho, M., Fernández, M., Cabrera, J. Quesada, R., Berrocoso, J., Martín, J., Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., Ibáñez, A. y Secades, R. (2008). Manual de intervención en Juego patológico. Junta de Extremadura. Consejería de sanidad y dependencia. España.

23. Gómez-Escalonilla, A. B., Plans, B. B., Sánchez-Guerra, R. M. y Sánchez. P. DI. (2003). Cuadernos de terapia cognitivo-conductual: una orientación pedagógica e integradora. 1. Estrategias cognitivas para sentirse bien. EOS. Madrid.
24. González, I. A., Jiménez, S., Aymamí, N. (1999). Evaluación y tratamiento cognitivo conductual de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. *Anuario de Psicología*. 30 (4): 111-125.
25. Grant, J.E.; Kim, S.W. y Potenza, M.N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19 (1), 85-109.
26. Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in Treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
27. Griffiths, M.D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85, 343-346.
28. Guiñales, R. L. (s/f). Recuperado de http://dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias4/PREVENCIxN_DE_RECAXDAS.pdf
29. Ibañez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueiras, J. & Sáiz-Ruiz, J. (2001). Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment. *American Journal of Psychiatry*. 158, 1733-1735.
30. Ibañez, A., y Sáiz, J. (2000). *La ludopatía: una «nueva» enfermedad*. Barcelona: Masson.
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Comunicado 413/10. Ags. México.
32. Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez, E., Aymamía, M., Gómez-Peña, M., Bueno, B., Santamaría, J., Moragas, L., Penelo, E., Jaurrieta, N., Alonso, M., Segalàs, C., Real, E., Labad, J., Bove, F., Vallejo, J. and Menchón, J. (2009). Comorbidity of Pathological Gambling: clinical variables, personality and response to treatment. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2 (4), 178-189.
33. Labrador, F. J. (2006). Sesgos cognitivos de los jugadores patológicos: implicaciones terapéuticas. En E. Echeburúa (Ed.), *Nuevas fronteras en el estudio del juego patológico* (pp. 97-128). Madrid: Fundación Ramón Areces.
34. Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C., y Doucet, C. (2002). En Fernández-Alba, A (2004). Tratamiento Cognitivo Conductual del juego patológico. *Salud y Drogas*. 4 (2), 79-96.
35. Ladouceur, R. (1993a). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1 (3), 361-374.
36. Ladouceur, R., Sylvain, C. (1999). Tratamiento del juego patológico: un estudio controlado. *Anuario de Psicología*. 30 (4): 127-135.
37. Ley General de Salud (2010). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. México.
38. Littman-Sharp, N., Turner, N. & Toneatto, T. (2009). *Inventory of Gambling Situation: User Guide*. Centre for Addiction and Mental Health. Toronto.
39. Linares, M., Santos, P., Albiach, C., Camacho, I. Palau, C. (2006). Diferencias de sexo en adictos a máquinas tragaperras. *Adicciones*. 18 (4), 371-376.
40. Lorenz, V.C. (1989). Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler's recovery. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 303-312.
41. Mañoso, V., Labrador, F. J. y Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de verbalizaciones durante el juego distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema*, 16, 576-581.
42. Marlatt, G. A., y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.

43. McConaghy, N.; Armstrong, M.S., Blaszczynski, A.P., y Allcock, (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification*. 12: 371-384.
44. Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista Salud Pública*, 10, 150-159.
45. Norma Oficial Mexicana NOM-28-SSA2-1999. México.
46. Organización Mundial de la Salud (2004). Invertir en salud mental. Ginebra.
47. Organización Mundial de la Salud. 1992. Clasificación Internacional de las Enfermedades 10. Ginebra. Meditor.
48. Ortega, P., Vázquez, B. y Reidl, L. (2010). Ludopatía, en Mora-Donatto (Cord). Juegos de azar. Una visión multidisciplinaria. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México.
49. Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. May, 66(5):567-574.
50. Ramos, J. (2006). Ludopatía: El otro lado del juego. Tema de portada. Consultado de Mayo de 2011. Disponible en: <http://www.google.com/search?hl=es&source=hp&biw=963&bih=649&q=Ludopat%C3%ADa%3A+El+otro+lado+del+juego.+Tema+de+portada&btnG=Buscar+con+Google&aq=f&aql=&aql=&aq=>
51. Reeve, J. (1994). Motivación y emoción. Madrid. Mc Graw Hill. Emociones Básicas [En red]. Consultado en 15/03/2011. Disponible en <http://www.youblisher.com/p/77928-kjknhjbibkds/>
52. Rueda, E. (2010). ¿Casinos en México? Análisis sobre su apertura, en Mora-Donatto (Cord). Juegos de azar. Una visión multidisciplinaria. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México.
53. Sáiz, R. J. (2000). La ludopatía: una nueva enfermedad. Masson. Barcelona.
54. Sánchez, C. (2006, 06 de Diciembre). Adictos a juegos de Azar más de 2 millones de mexicanos. El universal. México.
55. Sandoval, J. y Richard, M. (2004). Casinos: Efectos sociales negativos y ludopatía. Servicio de investigación y análisis. Cámara de Diputados. México.
56. Sobell, L.C. y Sobell, M.B. (1992). Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. En: R.Z. Litten, y J.P. Allen (eds.). *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. Totowa, NJ: Humana Press.
57. Stallard, P. (2007). Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes. Desclée De Brouwer. Bilbao.
58. Sumitra, L. & Miller, S. (2005). Pathologic gambling disorder: how to help patients curb risky behavior when the future is at stake. *Postgrad*; 118(1): 31-7.
59. Tirado, R. (2010). Impactos sociales de los negocios de juegos con apuestas, en Mora-Donatto (Cord). Juegos de azar. Una visión multidisciplinaria. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM. México.
60. Vivas, M., Gallego, D. y González, B. (2007). Educar las Emociones. Editoriales C. A., Venezuela.
61. Warren, H. (1996). Diccionario de psicología. FCE. México.