



GUÍA CLÍNICA ESPECÍFICA

JÓVENES Y JUEGO ONLINE

FINANCIADO POR:



RESPONSABLE DEL PROYECTO

D. Juan José Lamas Alonso

Director Técnico de FEJAR

COORDINACIÓN

Dña. María Virtudes Micó Valero

Trabajadora social

ADMINISTRACIÓN

Dña. Lucía Aragón Margolles

Administrativa FEJAR

SUPERVISIÓN Y FINANCIACIÓN

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

EDITADO POR:

Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados

c/Pasteur 30, bajo

15008, A Coruña

900 200 225

www.fejar.org

fejar@fejar.org

Junio 2018.

Diseño y maquetación: **Begráfika**

Incluido en el Programa **“GUÍAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS: COMORBILIDAD CON SUSTANCIAS - JÓVENES Y JUEGO ONLINE - MUJER Y JUEGO”**

D.L.: AS 02313-2018

Reservados todos los derechos.

Prohibida la reproducción, almacenamiento, grabación o transmisión total o parcial de esta obra por cualquier medio sin autorización escrita del editor.

RELACIÓN DE AUTORES

Juan José Lamas Alonso.

Director Técnico de FEJAR, Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados.

Rosana Santolaria Gómez.

Psicóloga Sanitaria.

Coordinadora del Departamento de Psicología de FEJAR
y Responsable de Terapia Online de FEJAR.

Ana Estévez Gutiérrez.

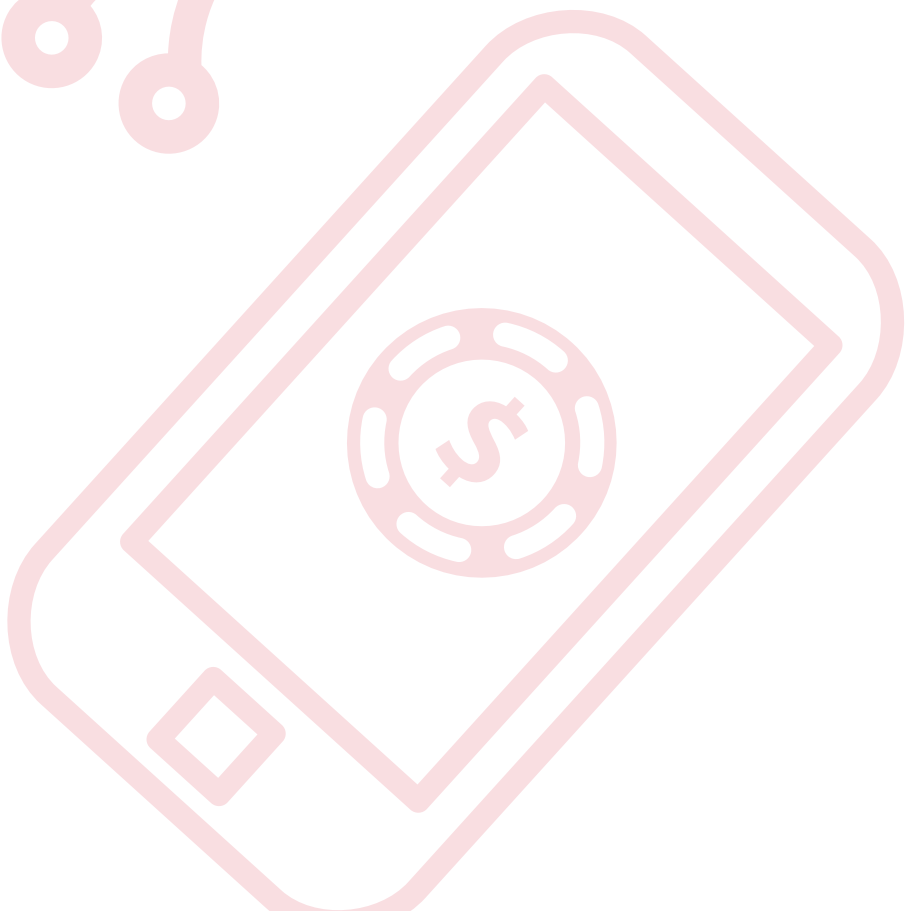
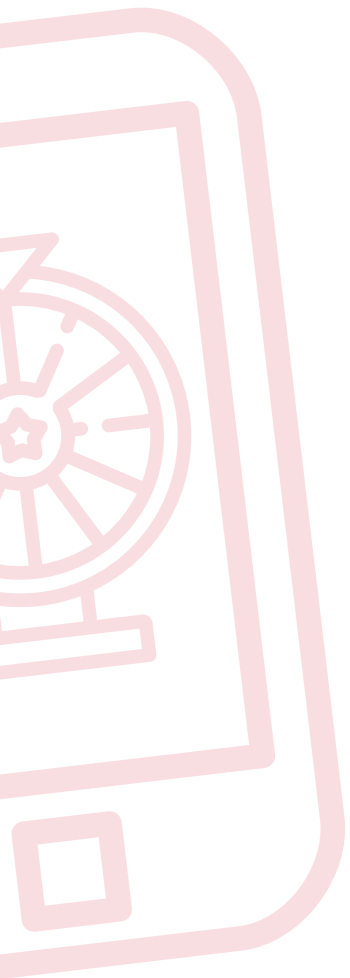
Profesora Titular de la Universidad de Deusto.

Directora del Máster en Psicología General Sanitaria.

Paula Jáuregui Bilbao.

Profesora de la Universidad de Deusto.

Doctora en Psicología e Investigadora en Juego Patológico.



ÍNDICE

» Introducción	10
» Trastorno por juego. Criterios diagnósticos	12
» Aspectos psicosociales. Jóvenes y juego online	16
Generales	17
Afectados en Fejar	19
» Intervención en este sector	22
» Conclusiones	36
» Referencias bibliográficas	38
» Anexos I, II y III. Casos clínicos	40
Anexo I. Caso clínico I	41
Anexo II. Caso clínico II. Joven y juego online	42
Anexo III. Ejemplo de solicitud de ayuda recibida en Fejar por parte de un joven	43
» Anexo IV. Asociaciones integradas en Fejar	44

“Debo decir que fui consciente de que tenía **adicción al juego en el momento en que una mañana gané 400 euros, organicé durante el mediodía como los iba a distribuir durante el verano, y antes de que llegara la noche ya los había perdido”.**



“...y quiero que esto termine, he tocado fondo, han sido 3 meses que no he sido yo y no quiero que esto vaya a más, **creo que estoy a tiempo, creo que es mejor deber 3000 € a perderlo todo, necesito a alguien que me guíe y me aconseje, lo necesito. Gracias”.**






INTRODUCCIÓN



En los últimos años, desde las entidades que trabajamos con personas con problemática de juego, centros hospitalarios, etc. se ha observado un cambio de perfil. Uno de los cambios más importantes ha sido que cada vez son más jóvenes las personas afectadas. Existen numerosos factores que podrían estar influenciando esta situación. Uno de los aspectos más importantes es sin duda que, la entrada en vigor de la regulación del juego online en España el año 2011. A partir de ese momento, se ha experimentado un incremento de la prevalencia del juego patológico en todas las edades, siendo de especial importancia en jóvenes. Con respecto a la tipología de juego, el sector de las apuestas deportivas, en su modalidad online, duplicó de 2013 a 2016 su margen de juego, siendo especialmente significativa la evolución de las apuestas que se realizan durante el desarrollo del evento deportivo. Como puede verse, el perfil del jugador previo ha variado ostensiblemente y en este momento una parte importante de los jugadores con problemas son jóvenes, con niveles educativos más elevados y que juegan preferentemente on line o apuestas deportivas. Esta situación hace necesaria una revisión y actualización de los tratamientos para adecuarlos a estas edades tan específicas y tipologías de juego que requieren abordajes diferenciados. Esta guía pretende ayudar a dar luz en esa línea.



**TRASTORNO
POR JUEGO.
CRITERIOS
DIAGNÓSTICOS**

El trastorno de juego se encuentra categorizado dentro del apartado de trastornos relacionados con sustancias y **trastornos adictivos**. Según el DSM-5 (APA, 2013), se define como una conducta de juego problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta por la presencia de diferentes criterios establecidos. Más concretamente, es necesario que se presenten cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. Reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” las pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

Como puede verse, el trastorno de juego **implica la pérdida de control, la dependencia emocional, la tolerancia y la interferencia grave en la vida cotidiana. Éste se adquiere por la repetición de comportamientos que en un principio resultan agradables, pero que más adelante traen consigo consecuencias negativas (Echeburúa, Salaberria, y Cruz-Sáez, 2014).**

Los estudios epidemiológicos en diferentes países han mostrado un incremento del trastorno de juego, paralelo al número de apuestas en el juego legalizado en las últimas décadas (Álvarez, 2009), siendo especialmente preocupante la elevada incidencia de juego patológico en población de riesgo como jóvenes. La adolescencia constituye un período importante en el desarrollo de la persona, donde se aprenden, construyen y desarrollan comportamientos que son considerados de riesgo cuando son proclives, pero no determinantes, a generar algún tipo de peligro o perjuicio (Gibbons, Kingsbury, y Gerrard, 2012). Numerosas investigaciones han estudiado las conductas de riesgo en jóvenes y adolescentes, entre las que destacan las relacionadas con el control de los impulsos tales como el juego patológico (Donati, Chiesi, y Primi, 2013), que se han asociado con problemas a nivel relacional, económico y de rendimiento escolar (Raisamo, Halme, Murto, y Lintonen, 2013; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, y Herruzo, 2010).

Como se ha comentado previamente, en el 2011 entró en vigor la regulación del juego online en España. Como consecuencia, han aumentado el uso de diversas estrategias de publicidad a través de diferentes canales de comunicación y redes sociales. El aumento de reclamos publicitarios tales como bonos de bienvenida, promociones, anuncios en todos los medios, es especialmente relevante en grupos que puedan ser más vulnerables, entre los que se encuentran los jóvenes y adolescentes. Uno de los sectores de juego que acumula mayor crecimiento en los últimos años es el de la apuesta deportiva. Esto es especialmente importante debido a la vinculación emocional con el deporte, y a la centralidad del deporte en la vida y el desarrollo de los niños y adolescentes.

En Australia, por ejemplo, uno de los países del mundo con mayor porcentaje de la población apostando en deporte, investigaciones realizadas con niños de entre 5 y 12 años demostraron que los menores son capaces de memorizar el nombre de muchas casas de apuestas, y cuando se les pide unir el nombre de las casas con el equipo al que patrocinan son capaces de hacerlo. De hecho, ante la magnitud de la exposición al marketing y la publicidad de apuestas deportivas, muchos niños/as asociaban indebidamente el nombre de empresas populares como Bet365 con equipos a los que no patrocinaban (Bestman, Thomas, Randle, y Thomas, 2015).

Como puede verse, el vínculo sentimental con las ligas de deporte profesionales y sus jugadores estrella parecen estar íntimamente instaurados en el imaginario de niños y jóvenes (Deans, Thomas, Daube, Derevensky, y Gordon, 2016; Giulianotti, 2002). Uno de los aspectos clave es que el deporte evoca connotaciones positivas que los niños y niñas pueden consumir de manera activa, mediante la práctica deportiva, o pasiva, viendo partidos por televisión o leyendo noticias. Los operadores de apuestas deportivas parecen tratar de utilizar el vínculo sentimental basado en la identificación con un equipo, la afiliación territorial y la lealtad, así como aprovechar la presión social que el grupo de amistades ejerce para que todos incurran en las mismas conductas de juego (Deans et al., 2016; Deans, Thomas, Derevensky, y Daube, 2017).





**ASPECTOS
PSICOSOCIALES.
JÓVENES Y
JUEGO ONLINE**

GENERALES

El juego de azar con o sin apuestas ha existido siempre, desde hace miles de años. De hecho, los primeros datos de 6 caras datan de los años 2000 y 3000 a.C. No obstante, el juego ha ido evolucionando, lógicamente, al igual que la sociedad.

Hasta la reciente irrupción de Internet en nuestras vidas, el juego era una práctica que, además de lúdica, favorecía la socialización. Los y las jóvenes (y no jóvenes) se relacionaban fuera de casa, y era práctica habitual compartir partidas de cartas (u otros como bingo, casino...). Sin embargo, las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) han supuesto cambios drásticos en la sociedad, en el modo de vida y costumbres en general y en las modalidades de juego en particular. Si así se desea, ya no es necesario salir de casa para satisfacer cualquier necesidad: podemos comprar o adquirir prácticamente cualquier servicio a través de Internet. De igual modo, los y las menores ya no tienen que acudir por las tardes a la biblioteca como hicimos la generación "EGB" para buscar ávidamente información con la que realizar los trabajos académicos, ahora tienen toda la información a un "click" desde casa. Por supuesto, ya no es necesario reunirse físicamente varios compañeros/as para realizar los trabajos en grupo: el intercambio constante e inmediato de información es posible gracias a Internet, incluso se fomenta desde los propios centros educativos, favoreciendo su uso.

De igual modo, los más pequeños/as casi desde la cuna aprenden el manejo de móviles y operativos electrónicos en general, tan "intuitivos": cómo hacer fotos, visualizar tutoriales, descargas de todo tipo, etc. Ya desde la etapa de infantil algunos padres deciden regalar videoconsolas e incluso empezamos a observar en la práctica clínica cómo niños/as de 3, 4 ó 5 años acuden a su consulta de psicoterapia portando sus propios móviles.

Desde el momento en que el niño/a posee una videoconsola (Wii, Play Station, Xbox, PSP, etc.) se inicia la etapa que permite el juego "online", compartido con otros amigos/as y participando cada cual desde sus respectivos domicilios (aunque también jueguen físicamente juntos en ocasiones). Otras veces las personas participantes en el juego son desconocidas, residentes en cualquier punto del planeta, que se conectan para jugar.

De este modo se ha ido creando todo un mundo y "culto" al videojuego, convirtiéndose para pre adolescentes y adolescentes en temáticas casi exclusivas entre ellos y ellas, de forma que, quien no está "dentro" no es considerado. Para ello las empresas comercializadoras de videojuegos están en continua investigación e innovación para conseguir hacer atractivos sus juegos, y teniendo cada vez más en cuenta al público femenino (introduciendo personajes femeninos entre sus protagonistas). Así mismo, en los quioscos de prensa cada vez es mayor la oferta de revistas de videojuegos. Todo esto implica que la partida para la persona que juega no termina en el episodio de juego propiamente dicho, sino que mantiene la "emoción" o pensamiento del juego mediante la lectura e intercambio de revistas, comentario y debate sobre las mismas, planificación de la siguiente jugada o partida. Es frecuente encontrar menores "enganchados" a estos dispositivos y que, si se les permite, pueden pasar varias o demasiadas horas al día jugando con ellos.

Unido a esto, el niño/adolescente va creciendo y sus inquietudes y motivaciones cambian. En la adolescencia, cambian las figuras de referencia y el grupo de iguales es el principal punto de referencia.

Durante el tiempo de ocio, un/a adolescente acude, por poner un ejemplo, a jugar el partido habitual de fútbol con su equipo local con el que entrena durante la semana. Después del partido queda con sus amigos, para ver televisado el partido de fútbol de su equipo preferido. Durante el partido aparecen multitud de invitaciones publicitarias para realizar apuestas deportivas online. Entonces uno de los amigos confiesa en tono triunfal que él consiguió, un día, por ejemplo, ganar en un momento 50 € apostando sólo 1 € a que su equipo iba a meter 3 goles al equipo contrario "X". En ese momento recibe la atención de todo el grupo, que oscila entre la admiración, la sorpresa y estupefacción. ¡Increíble! ¡Qué "fácil"! Claro, eso sí, probablemente este chico ya esté sufriendo alguno de los sesgos cognitivos del jugador, como que maximice las ganancias y minimice las pérdidas (probablemente ganó en esa ocasión, quizás la primera que fue la que le pudo "engancharse" pero no comparte con sus amigos las ocasiones en que no tuvo esa suerte). Así mismo, en este tipo de apuestas deportivas online se genera muy fácilmente otro sesgo, la "ilusión de control": *"mis conocimientos sobre este deporte en general y mi equipo en particular me permiten tener la capacidad de predecir y acertar el resultado por el que apuesto"*.

La participación en apuestas en España no es legal hasta la mayoría de edad, sin embargo, a día de hoy los mecanismos para que los operadores de juego online puedan controlar y confirmar que quien está jugando es efectivamente mayor de edad, todavía son insuficientes. De hecho, cualquier menor podría llegar a usurpar la identidad, por ejemplo, de uno de sus progenitores, y con los datos de la tarjeta de crédito correspondiente, realizar apuestas.

Apenas quedan ya en el recuerdo aquellos “salones de juego” de hace un par de décadas en que jóvenes y adolescentes se podían reunir para echar unas partidas de fútbolín, billar o pin ball. En la actualidad, el punto de reunión de muchos de ellos son los salones de juego (recordemos que debido a las competencias autonómicas de regulación del juego, en algunas comunidades autónomas no es necesario que los usuarios se identifiquen, lo que facilita el acceso al juego a menores de edad). Las apuestas deportivas gozan de gran aceptación entre el público joven, ya que permiten multiplicar a veces exponencialmente el dinero invertido, partiendo de una apuesta mínima, como un euro. Además generan en usuarios/as la percepción de que son ellos/as quienes pueden influir en el resultado, si conocen toda la información sobre el jugador o el equipo, etc., lo que hace difuminarse la percepción de que, en el fondo, se trata de una apuesta dependiente del azar, como la ruleta o cualquier otro juego.

La mentalidad del “dinero fácil” viene también facilitada por el cambio de las familias en los patrones de consumo en las últimas décadas. Hoy las nuevas generaciones tienen difícil entender el “no” y escasa tolerancia a la frustración. Algunas de las razones tendrían que ver con los estilos educativos imperantes en nuestra sociedad y la dificultad para poner límites en familias que en ocasiones compensan con “premios” materiales a sus hijos/as.

Otro factor psicológico idiosincrásico de riesgo para poder caer en la adicción al juego (y específicamente en juego online) es la impulsividad del joven. Para la población en general, a mayor juventud mayor nivel de impulsividad y dificultad de planificación y previsión de las consecuencias de las conductas. En el caso de los jugadores online, a mayor impulsividad el riesgo de caer en la adicción al juego es exponencialmente mayor (y además en un breve lapso de tiempo), puesto que el juego online tiene unas características que van a facilitar el acceso al mismo (24 horas todos los días del año) y en la mayoría de apuestas (especialmente juegos de casino) los resultados de la misma son inmediatos, haciendo posible que el jugador juegue enlazando una apuesta con otra sin ser consciente del gasto de dinero acumulado, ya que juega mediante tarjeta de crédito.

Como conclusión de lo expuesto hasta aquí, es importante tener en cuenta que sociedades que tienen como prioridad el valor material y con contextos en los que se favorece la proliferación de oferta de ocio de juego a través de diferentes plataformas podría afectar al desarrollo de vulnerabilidad ante la problemática de juego.



Es decir, jóvenes de la sociedad actual conviven con unos factores de vulnerabilidad que pueden predisponer al juego patológico (y más concretamente al juego online):

_ Omnipresencia de TICs e incapacidad para hacer un buen uso de dichas herramientas

_ Publicidad del juego

_ Soledad del adolescente y/o joven (física y emocional)

_ Sociedad de consumo, con pérdida de valores tradicionales que se han visto sustituidos por el valor y culto al “dinero fácil”

_ Impulsividad asociada a este grupo de edad

Como conclusión, desconocemos el porcentaje de ludópatas jóvenes o incluso menores de edad que ya padecen la dependencia, porque carecemos de estudios de prevalencia y el juego en menores es difícil de cuantificar porque teóricamente no pueden jugar dentro de la legalidad. Sin embargo, como hemos comentado previamente, lo que sí sabemos es que la edad de llegada de los jugadores patológicos a las asociaciones de FEJAR cada vez es menor, y que estos jóvenes, a diferencia de lo que ocurría hace poco más de una década, en que el 75% eran jugadores adictos a las máquinas tragaperras, y el resto a otros tipos de juegos presenciales (rascas, quinielas, etc.) en la actualidad, entre los y las jugadores/as patológicos jóvenes, el juego “rey” es el juego online y/o apuestas deportivas (en salones de juego u online).

Si antes de la existencia del juego online las máquinas tragaperras eran el principal juego que generaba ludopatía por razones bien conocidas: la inmediatez del resultado, la fácil accesibilidad tanto espacial como económica (se encontraban en prácticamente todos los bares del país y la apuesta mínima eran 20 pesetas (posteriormente 0,20 €)), etc., éstos serían también algunos de los principales factores facilitadores de la adicción en el caso del juego online, pero incrementados: es decir, la accesibilidad es absoluta (24 h/día todos los días del año) y en cualquier lugar (siempre que exista acceso a Internet y un dispositivo (móvil, pc, tablet, etc.)). A estos factores se añaden otros, como la percepción de control sobre el resultado en el caso de apuestas deportivas, en detrimento de la importancia del factor azar. El jugador de máquinas tragaperras si no puede posponer el episodio de juego debe ausentarse de su trabajo, pero en el caso del jugador online no, por lo que la progresión o escalada hacia la adicción es mucho más rápida.

AFFECTADOS EN FEJAR

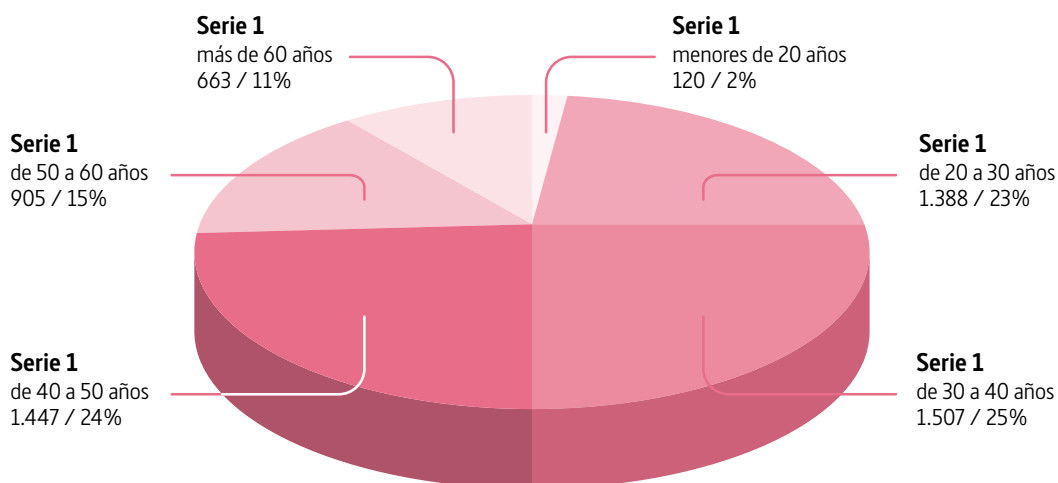
Desde que en 1988 se funda la primera asociación de autoayuda que está integrada en FEJAR, las asociaciones que la componen reflejan en sus memorias la distribución por edades y por tipo de juego de sus asociados/as, lo cual nos permite analizar en el tiempo los sucesivos cambios que se van efectuando en la idiosincrasia de nuestros/as pacientes, tanto en las variables de edad como en otras (nivel económico, tipo de juego, estado civil, etc.).

Es por ello, que destacaríamos en estos últimos años dos variables que sufrieron un cambio significativo:

1. La edad de recepción de casos o de llegada al tratamiento
2. El tipo de juego mayoritario por parte de nuestros/as pacientes

En concreto presentamos los resultados del año 2017 en una muestra de 6.030 historias clínicas de las asociaciones de FEJAR:

Tabla 1. Edades afectados/as de trastorno por juego



Es decir, los menores de 20 años que históricamente han acudido a recibir tratamiento han constituido el 2%, y en total el 50% han sido menores de 40 años.

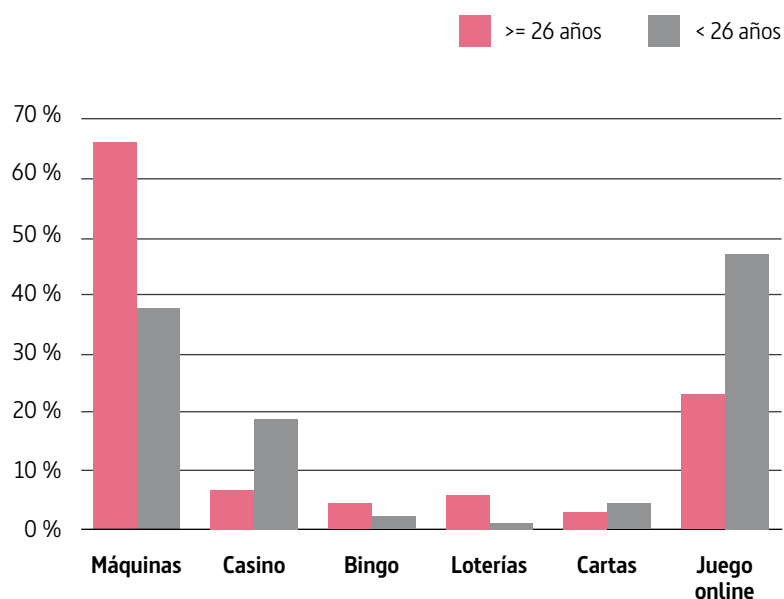
En 2011 se legalizó en España el juego online, con la Ley 13/2011, concediéndose las primeras licencias a los operadores de juego online en los meses siguientes. Pues bien, desde F.E.J.A.R., en un estudio realizado en colaboración con la Universidad de Valencia, entre 2012 y 2015 (los tres primeros años de existencia de juego online), y con una muestra de 2.850 jugadores/as pertenecientes a asociaciones de FEJAR, obtuvimos los siguientes resultados:

1. Presencia cada vez mayor de jóvenes que acuden a tratamiento a nuestros centros. En 2015 los y las jóvenes menores de 26 años supusieron el 16% de las nuevas acogidas, mientras que antes de la legalización era escasamente del 3,8%.

2. Elevada presencia en la actualidad del juego online (se incluyen todas las nuevas modalidades de juego: póquer, apuestas y casino online), que ya es la causa principal de ludopatía en jóvenes y la segunda causa para mayores de 26 años, sólo por detrás de las tragaperras.

Los principales resultados fueron los siguientes:

Tabla 2. Juego principal de nuestros usuarios. 2015



1. Se observó un incremento notable en los casos en los cuales el juego online es el principal responsable de la ludopatía, pasando de 2,53% antes de la legalización del juego online, al 24,21% en el año 2015. El juego online se ha convertido en la segunda causa de ludopatía sólo por detrás de las máquinas tragaperras.

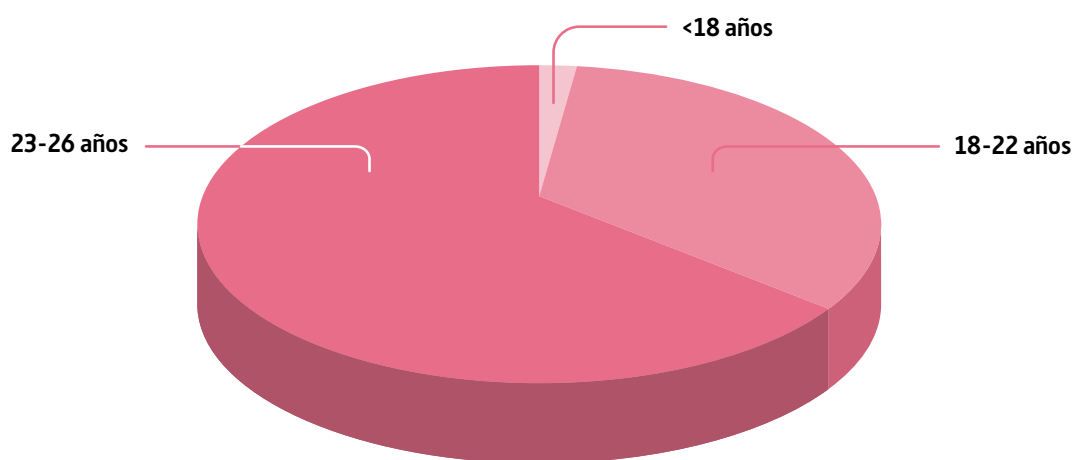
2. En el caso de jóvenes menores de 26 años, el incremento fue todavía mayor, pasando del 0% antes de la legalización del juego online, al 44,64%. **Para los jóvenes el juego online es la principal causa de ludopatía.**

3. Ha habido un incremento significativo de jóvenes menores de 26 años que se encuentran en tratamiento en las asociaciones de FEJAR. Antes de la legalización del juego online los jóvenes representaban un 3,8%, mientras que en la actualidad el 16% de las acogidas son de jóvenes menores de 26 años

Por otra parte, en el primer trimestre de 2018 FEJAR ha vuelto a recoger datos de cada una de sus asociaciones relativos al número de “jóvenes y juego online”, es decir, jóvenes hasta 26 años que se encuentran en sus asociaciones recibiendo actualmente tratamiento por su adicción al juego online (en esta muestra (N=118)) están incluidos jugadores que cumplen las dos condiciones: 1) ser jóvenes y 2) el juego online es la modalidad que les ha generado problemática o ha contribuido a ella):

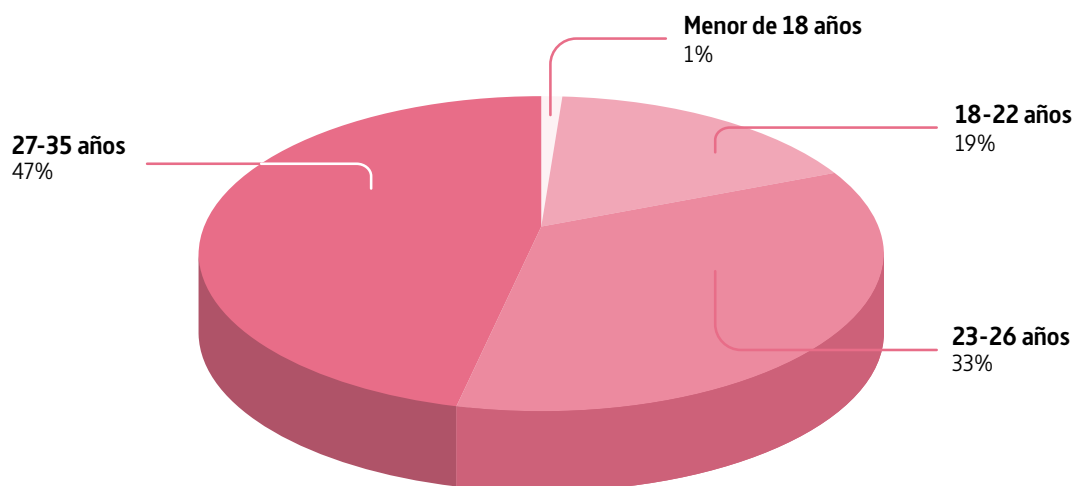
- * El 1,69% son menores de 18 años
- * El 35,59% tienen entre 18 y 22 años
- * El 62,71% tienen entre 23 y 26 años

Tabla 3. Menores de 26 años y juego online



También tomamos como referencia de edad de corte los 35 años, obteniendo la siguiente distribución:

Tabla 4. Jóvenes menores de 35 años y juego online



Es decir, que con los datos de los que disponemos, podemos afirmar que el juego online, en su corta andadura desde su legalización, es en la actualidad la segunda modalidad de juego que más problemática está generando en nuestro país en general (después de las máquinas tragaperras); y respecto a la población joven en particular, el juego online es la primera causa de adicción al juego. Además la edad de inicio tanto del uso del juego como de desarrollo de la adicción ha disminuido drásticamente en un lapso de tiempo muy breve.



**INTERVENCIÓN
EN ESTE SECTOR**



Si bien el objeto de la presente guía es la intervención en la adicción al juego (y juego online) en jóvenes, desde FEJAR consideramos que dicha intervención debe iniciarse, utilizando el símil en terminología médica, desde la “prevención primaria”: es decir, evitando la adquisición de la enfermedad, en este caso mediante el control de riesgos (sociales, ambientales, etc.). A este nivel de prevención primaria algunas de las asociaciones integradas en FEJAR ya incluyen y realizan campañas informativas y preventivas para jóvenes, por ejemplo, mediante charlas en centros educativos.

En la actualidad el juego online y las apuestas deportivas son las principales modalidades de juego que generan adicción a los más jóvenes, y más concretamente dentro del juego online: las apuestas deportivas y el póker. Desde la legalización del juego de azar en España (1977) hasta la legalización del juego online (2011), aproximadamente tres de cada cuatro ludópatas que llegaban a nuestras asociaciones eran jugadores de máquinas tragaperras (principalmente tipo B, presentes en la mayoría de bares del país) y en raras ocasiones se trataba de jóvenes menores de 20 años. Los jugadores eran mayoritariamente varones y en general había una media de 5-6 años desde el inicio de la conducta de juego hasta el desarrollo de la adicción. En el momento actual, y tan sólo siete años después de la legalización del juego online en España, éste está desplazando al resto de juegos presenciales, teniendo, cada día, mayor número de inscritos en sus páginas autorizadas, resultando el principal juego en el que participan los jugadores online el de apuestas deportivas.

Según el Análisis del Perfil del Jugador, publicado por la Dirección General de Ordenación del Juego, sólo durante el año 2015 hubo un incremento del 25,3% de usuarios registrados en páginas de juego online respecto al año anterior.

Esta misma tendencia venimos detectando en las asociaciones integrantes en FEJAR en los últimos años: las máquinas tragaperras (presenciales) ya no son con tanta frecuencia el principal juego que genera problemática en el jugador patológico; por contra, nos encontramos con la realidad de que:

- » El aumento de enfermos/as que han perdido el control con el juego online está aumentando exponencialmente.
- » La progresión hacia la adicción es mucho más rápida (en ocasiones bastan tan sólo unos pocos meses, frente a los 5-6 años a los que nos referíamos con el juego presencial).
- » La edad a la que llegan a las asociaciones es cada vez más temprana.

De hecho, empieza a ser no tan infrecuente recibir demandas de tratamiento por parte de padres para sus hijos/as menores de edad (si bien FEJAR no realiza tratamiento con terapia grupal a menores de edad). Resulta paradójico que, estando el juego de azar prohibido en menores (al igual que ocurre con otras drogas legales como el alcohol o el tabaco), éstos/as no sólo acceden a jugar, sino que consiguen hacerlo con frecuencia, puesto que hay casos que han desarrollado la adicción o han presentado problemas antes de llegar a la edad legal en que podrían jugar.

También están aumentando los casos de jugadores/as patológicos/as que acuden a recibir tratamiento en la franja más joven de entre 18 y 22 años. Es decir, si acuden con 18-19 años a recibir tratamiento por su dependencia al juego, con gran probabilidad habrán tenido sus primeros contactos con el mismo antes de su mayoría de edad. Ello aun a pesar de que el sistema español dispone de un Sistema de Verificación de Jugadores (SVJ), consistente en una comprobación doble: Sistema de Verificación de Identidad (mediante DNI), según el cual si un/a menor se identifica con su DNI automáticamente se le denegará el acceso al juego; y las personas inscritas en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego (RGIAJ). La explicación está en que a un/a menor le basta para poder acceder a juego online con utilizar un número de DNI perteneciente a un adulto que no esté autoprohibido en el Registro General de Interdicciones, así como a un nº de tarjeta de crédito perteneciente, también, a un adulto. Por tanto, a día de hoy, la “solución” que tienen los padres/madres de hijos/as menores que hayan realizado apuestas de esta forma, es presentar su propia solicitud de inclusión en el RGIAJ.

Si bien en FEJAR no se realiza intervención terapéutica con terapia grupal con menores de edad, a nivel de “prevención secundaria” (es decir, la encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces mediante el establecimiento de medidas adecuadas que puedan impedir su progresión) sí puede desempeñar una función de vital importancia para la sociedad en general y, en particular, para todas las familias o padres/madres de jóvenes que acuden a nuestras asociaciones demandando ayuda por el uso problemático de juego en sus hijos o familiares menores. Por ejemplo, ofreciendo información y pautas de control estimular, así como la recomendación de la inscripción de los familiares adultos en el RGIAJ, como anteriormente exponíamos. Así mismo, los progenitores de aquellos menores que bien hacen un uso problemático con el juego, o bien cumplen ya los criterios diagnósticos para el trastorno por juego, pueden acudir a terapias de familiares de jugadores, con la finalidad de conocer las características y síntomas de esta enfermedad, así como para aprender estrategias de actuación con sus hijos/as. De este modo, cuando el menor cumpla la mayoría de edad ya podrá acudir también a tratamiento junto con su familia que actuará entonces como co-terapeuta. En este momento, los familiares de dichos jóvenes tendrán la ventaja de que, al haber iniciado la terapia de forma previa al propio jugador/a, en el momento en que éste/a inicie su rehabilitación, la familia va a contar con recursos. En algunas de nuestras asociaciones se considera la opción de intervenir con el/la menor (siempre con autorización parental) mediante terapia psicológica con profesionales de la asociación, hasta que cumpla la mayoría de edad. Esta intervención puede ser muy valiosa para conseguir el control estimular con el/la menor desde el momento de la llegada a la asociación (control del dinero, acceso a páginas de juego, gestión del tiempo), así como para trabajar sobre otros factores que pueden interferir en el buen funcionamiento familiar: identificación y abordaje de estilos comunicativos disfuncionales en la familia, etc.

Pero la principal labor asistencial que realizan las asociaciones integrantes en FEJAR es el tratamiento de rehabilitación de la adicción cuando se cumplen los criterios diagnósticos para el “Trastorno por juego”, para quienes han cumplido la mayoría de edad legal. Siguiendo el símil de la terminología más médica, hablaríamos de “prevención terciaria”. En este sentido, la base del tratamiento rehabilitador en las asociaciones de FEJAR es la terapia grupal de autoayuda y ayuda mutua.

Desde el nacimiento de nuestra Federación en 1991 la terapia de grupo de autoayuda y ayuda mutua ha constituido el tratamiento de base y obligatorio para todo jugador en las asociaciones. En sus inicios los jugadores patológicos que recibían terapia en cualquiera de las asociaciones integradas en FEJAR eran incluidos sin matices ni diferencias en dichas terapias de grupo. Las asociaciones contaban, en cuanto a recursos humanos, con la única ayuda de un grupo de jugadores rehabilitados (y excepcionalmente algún profesional también voluntario). Con el tiempo se fueron incluyendo profesionales (psicólogos/as, médicos, trabajadores/as sociales), que con sus conocimientos técnicos han contribuido también de forma importante a la rehabilitación de miles de enfermos.

En la actualidad, tal y como ya hemos expuesto en el apartado de aspectos psicosociales y, según ha quedado consensuado en el reciente “Seminario de intervención específica en Joven y Juego online” celebrado en Fuenlabrada (Madrid) y organizado por F.E.J.A.R., donde se recogieron las aportaciones de todos/as los y las profesionales asistentes, trabajadores/as de las distintas asociaciones integradas en F.E.J.A.R., y en base a la experiencia de todos/as ellos/as en el trabajo diario en sus respectivas asociaciones, se evidencia la **necesidad de una intervención específica**, en la medida de lo posible, para el/la **joven** en el tratamiento del trastorno por juego. Debemos incidir en que en los primeros años de andadura de las asociaciones integradas en FEJAR, la edad media de llegada de afectados/as por trastorno por juego era en general superior a la actual. La mayor parte de personas afectadas eran varones de edad adulta (es decir, la homogeneidad de los grupos era mayor). Pero en los últimos años, como se ha comentado previamente, tras la legalización del juego online y la llegada de las apuestas deportivas (en salones de juegos y vía online), la edad de inmersión en el juego ha decaído drásticamente, así como el tiempo de progresión hacia la enfermedad. Este hecho plantea algunos matices y peculiaridades en las terapias de grupo que los y las jugadores/as jóvenes en rehabilitación no pasan por alto y genera en no pocas ocasiones dificultades en la identificación con el grupo, en el encuadre terapéutico, etc. Por ello no podemos eludir la responsabilidad de asumir y admitir que “todos los/as jugadores/as no son iguales” y que lo que siempre ha servido no sigue sirviendo porque sencillamente las modalidades y formas de juego cambian y la sociedad cambia. Por tanto, los tratamientos también deben adaptarse y ser específicos a las necesidades individuales.

A partir de aquí y habiendo expuesto la consideración con los menores de edad, consideraremos “joven” a todo/a jugador/a con edad comprendida entre los 18 y 35 años en términos generales, con especial consideración al grupo de edad entre los 18 y 22 años. Tras la llegada del jugador/a a la asociación, previo contacto con la misma, se inicia el proceso de ayuda: la **entrevista de acogida y motivacional**.

La acogida de un nuevo enfermo en la asociación se realiza de forma general por un jugador/a patológico ya rehabilitado/a. En la medida de lo posible se intenta que dicha acogida la realice una persona que pueda resultar lo más afín posible a la recién llegada, es decir, que posea una edad, problemática, tipos de juego predominantes, etc., similares. No obstante se trata de un objetivo de difícil consecución, ya que las personas que realizan las acogidas suelen ser personas voluntarias colaboradoras en la asociación, con disponibilidad de tiempo que eligen dedicar a la asociación que previamente les ayudó. Y, puesto que las personas jóvenes están en proceso de formación y/o integración laboral, es difícil poder contar siempre con una persona especialmente joven que pueda realizar la entrevista de acogida. Por tanto, dicha entrevista, que además de informativa debe ser eminentemente motivacional para conseguir del jugador recién llegado la aceptación de la enfermedad y del tratamiento, habitualmente partirá de un punto difícil.

Según la teoría de la pirámide de las necesidades de Maslow (1943), cada persona se esfuerza por satisfacer necesidades escalonadas, desde los niveles inferiores a los superiores, correspondiendo las necesidades al nivel en que se encuentre la persona. El primer nivel serían las necesidades fisiológicas, el segundo se correspondería con las de seguridad, el tercero con las de pertenencia o sociales (entre ellos recibir cariño y afecto de familiares, amigos, del sexo opuesto, etc.), el cuarto con las de estima (sentirse digno, respetado); y por último, el quinto con las de autorrealización, relacionadas con las necesidades de estima (autonomía, independencia, autocontrol). En el caso de jóvenes de nuestro país (en especial menores de 22 años) tienen las necesidades de los dos primeros niveles satisfechas sin mayor esfuerzo (las necesidades de alimento y básicas así como las de seguridad las satisface generalmente el sistema familiar). Para adolescentes y adultos jóvenes la necesidad de pertenencia al grupo y aceptación social (por parte de iguales y del sexo opuesto) cobra especial importancia. Y como ya expusimos en el apartado de aspectos psicosociales, una “moda” o corriente actual de socialización entre jóvenes es ubicar, como punto de reunión, el salón de juegos para realizar apuestas (especialmente deportivas). Incluso en ocasiones los/las jóvenes tienen sus “grupos de juego” vía whatsapp por ejemplo; a continuación transcribimos una afirmación de un chico joven en terapia: *“Tengo grupos de whatsapp de apuesta deportiva”*.

Por lo tanto, aceptar para un chico/a joven que la rehabilitación de su problema con el juego implica no poder acudir a estos lugares (control estimular), con el consecuente sentimiento de “exclusión del grupo”, será especialmente difícil, de ahí la vital importancia de realizar una buena entrevista de acogida y motivacional. Otro joven jugador verbalizaba durante su terapia:

“Todo el mundo juega. Todos mis amigos juegan”. Y otro: “Si no juego como mis amigos, no tendré amigos”.

Un chico joven en rehabilitación refería en una terapia: *“Hicimos un grupo en el chat del juego y todo el mundo me idealizaba, era el macho alfa”*. Queda por tanto en evidencia la escasa motivación inicial que podía tener este chico en principio para excluirse de dicho grupo.

En el caso de jóvenes que juegan online en soledad, la dificultad es quizás mayor, el control estimular resulta de vital importancia y debe ser constante y muy estricto.

Respecto a las necesidades del cuarto nivel o estima, el juego puede generar en el/la joven o adolescente la falsa sensación de poder, de vivir y disfrutar las emociones, sin embargo, a posteriori, la acumulación de pérdidas redundará en una caída de la estima del jugador/a. Finalmente, la necesidad del quinto y último nivel, tiene que ver con el autocontrol. Éste, durante la adolescencia y primera juventud, presenta dificultades debido a la mayor impulsividad de esa etapa vital (la corteza prefrontal del cerebro se encuentra todavía en desarrollo durante la adolescencia). Por tanto, la entrevista de acogida deberá tener en cuenta todos estos factores influyentes en la motivación del joven para que resulte exitosa.

Debemos señalar que las fases del tratamiento en el/la joven son comunes a las del resto de jugadores; lo que difiere y donde debemos orientarnos para realizar una intervención específica va a ser la forma en que se aborde cada una de estas fases. Y en este sentido debemos aclarar que, si bien “por protocolo” debemos confirmar que estamos, efectivamente, ante un caso de trastorno por juego, podríamos decir que los casos de “falsos positivos” son prácticamente inexistentes (es decir, las personas que acuden solicitando ayuda para dejar el juego lo hacen porque, efectivamente, el juego ya les ha generado problemas en su vida).

Una vez confirmada la existencia de adicción (es decir, cumple los criterios del trastorno por juego según DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se exponen las normas de funcionamiento de la asociación y se explica el proceso terapéutico.

Tras la acogida se procederá, como con el resto de jugadores/as patológicos/as, al proceso de **evaluación / diagnóstico** (proceso ya puramente formal y objetivo, en comparación con el cribado inicial de la fase de Acogida), para el que F.E.J.A.R. cuenta con herramientas comunes a todas las asociaciones:

* Entrevista Clínica FEJAR

* Batería de cuestionarios:

- _ **NODS (Trastorno por Juego, según criterios DSM-V)** (*Gernstein et al., 1999*)
- _ **STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)** (*Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982*)
- _ **BDI-II (Inventario de Depresión de Beck)** (*Beck, Steer, y Brown, 1996*)
- _ **UPPS (Escala de Conducta Impulsiva)** (*Whiteside y Lynam, 2001*)
- _ **COMORBILIDAD** (otros trastornos coexistentes con el juego)

La impulsividad es la predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación externa que puede resultar amenazante, o ante un estímulo interno propio del individuo, sin tener una reflexión previa ni tomar en cuenta las consecuencias que pueden provocar sus actos.

En el caso de los y las jóvenes, es más frecuente encontrar niveles elevados de impulsividad medida por la escala UPPS (en especial altas puntuaciones en las subescalas “Urgencia” y “Búsqueda de sensaciones”, así como bajas en “Premeditación”), la razón sería la ya expuesta, de que el cerebro (y más en concreto la corteza cerebral) todavía se encuentra en proceso de formación (al menos hasta la mayoría de edad).

Respecto a la “COMORBILIDAD” (coexistencia de otro trastorno mental junto con trastorno por juego en nuestro caso) deberemos tener especialmente en consideración e intentar detectar (en el supuesto de que el jugador/a no acuda ya con un diagnóstico del otro trastorno) la existencia de:

* TDAH (Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad). La comorbilidad entre TDAH y otras adicciones es altamente elevada. Dada la elevada impulsividad inherente a este trastorno (especialmente el TDAH subtipo impulsivo) la rehabilitación en estos casos será más complicada y a menudo se prolongará más en el tiempo, por la mayor frecuencia de recaídas en el proceso.

* Otras adicciones (en especial a sustancias). Incluso, como consecuencia de consumo de sustancias (especialmente cannabis) pueden existir alteraciones en la sensoripercepción o incluso haberse desencadenado un trastorno psicótico (constituyendo el más grave de ellos la esquizofrenia).

En los casos de existencia de comorbilidad es importante la existencia de un abordaje multi e interdisciplinar con el/la paciente, así como una adecuada comunicación entre profesionales o centros que trabajan con el/la enfermo/a (unidades de salud mental, unidades de conductas adictivas, etc.).

Tras la confirmación del diagnóstico de trastorno por juego y de la evaluación de la situación de partida, el joven ya puede incorporarse al **tratamiento**, cuyo protocolo consta de las siguientes fases: “Iniciación”, “Intermedia”, “Mantenimiento” y “Seguimiento”.

La **fase de “INICIACIÓN”** de la rehabilitación tiene como objetivo general el cese de la conducta de juego evitando estímulos desencadenantes y como objetivos específicos: la toma de conciencia del problema, la motivación de cambio, la identificación de situaciones de riesgo, la abstinencia del juego, el fin de las mentiras; es decir, se centra fundamentalmente en el control estímulos y cambio conductual.

El control de estímulos consiste en la evitación de la exposición a situaciones que se consideren de alto riesgo para volver a jugar, incluyendo personas, lugares o todos aquellos estímulos que puedan incitar al juego. Tiene como objetivo que la persona pueda identificar cuáles son las situaciones de alto riesgo para sí misma, y que pueda generar conductas alternativas. Esta herramienta se utiliza dentro de programas más amplios y es de especial importancia al inicio del tratamiento de la persona con un trastorno por juego, ya que dificulta la posibilidad de jugar (Domínguez, Pérez, Sicilia, Villahoz, y Fernández, 2007). A medida que avanza el tratamiento, tiende a ser menos estricta, por lo que suele utilizarse en combinación con la exposición in vivo con prevención de respuesta, para que la persona aprenda a lidiar con aquellos estímulos que le puedan incitar a jugar (Echeburúa, 2005).

Algunas de las formas en que se ha propuesto realizar el control de estímulos son las siguientes (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010):



_ Control económico: controlando la cantidad de dinero del que dispone la persona. La persona sólo dispondrá de la cantidad de dinero indispensable para su día a día, teniendo que presentar justificación de todos los gastos que haya realizado con ese dinero. Este control puede ser llevado a cabo por parte de un familiar, una persona cercana a la persona con trastorno de juego, o por la persona que lleve a cabo la intervención.

Al inicio de la rehabilitación tiene mucho peso en el/la jugador/a la necesidad de jugar para recuperar el dinero perdido (*“Lo hacía por conseguir dinero rápido al principio, luego no podía dejar de jugar cada rato libre que tenía porque perdí mucho dinero y trataba de recuperarlo”*; *“No tenía ni ganas d jugar, estaba desesperado por ganar y doblar... si no, hubiera hecho apuestas más pequeñas”*). Por esta razón el control económico resulta tan importante en esta fase.

_ Eludir los circuitos de riesgo: evitando aquellos lugares o momentos en los que se ha desarrollado la conducta de juego. Puede incluir generar circuitos alternativos para, por ejemplo, ir al trabajo, de tal manera que se evite pasar cerca de un salón de juegos, o evitar acudir a bares o espacios recreativos donde haya máquinas de juego.

_ Evitar la relación con amigos/as jugadores/as.

_ Autoprohibición: mediante la propia inscripción en un registro de prohibidos, que puede realizarse en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego, para evitar el acceso a aquellos juegos en los que se solicite la identificación personal, tales como bingos, casinos o juego online.

Tanto el “control económico” como “eludir los circuitos de riesgo” son dos elementos del control estimular que cada día se tornan más difíciles de ejecutar con éxito. Antes de la llegada del juego online bastaba con llevar el dinero justo y justificar con tickets los gastos, carecer de tarjetas de crédito y evitar los lugares de juego. En la actualidad se puede jugar sin dinero, desde casa, etc. basta un dispositivo electrónico con conexión a Internet. La identidad se puede usurpar utilizando un número de DNI de otra persona, así como un nº de tarjeta de crédito de cualquier otro titular que no sea el del propio jugador/a. Entonces, ¿dónde se establecen los límites del control estimular? No podemos prohibir el acceso del jugador a Internet, porque con toda probabilidad le generará limitaciones en su vida personal: actividad académica o laboral, social, etc., pero sí deberá:

- * Realizar (si es mayor de edad) su inscripción en el Registro General de Interdicciones de Acceso al Juego. Así mismo, será muy recomendable en los casos de menores de edad especialmente, que los familiares que conviven con el jugador también se inscriban, con el objetivo de que el jugador no pueda jugar utilizando sus identidades.

- * Eliminar todos los juegos o videojuegos de sus dispositivos electrónicos (incluso en los que no existen apuestas) debido a que es habitual que se genere dependencia a los mismos al dejar las apuestas (con mucha frecuencia ya existe conducta de juego abusiva a videojuegos en el momento de iniciar el tratamiento por dependencia a apuestas). Existen aplicaciones que pueden limitar el acceso a los mismos en Internet.

- * Eliminar todos los grupos en redes sociales (de whatsapp, facebook, etc) relacionados con juego, así como eliminar todos los contactos que sean exclusivos de juego

En el caso de los y las jóvenes, un factor muy importante a tener en cuenta es que muestran una alta prevalencia de juego online (Griffiths y Parke, 2010). Se trata de entornos que aumentan la accesibilidad al juego; no obstante, aunque dentro del control de estímulos haya que evitar lugares de riesgo, el objetivo en el tratamiento no debe ser la evitación de Internet sino el aprendizaje de su uso controlado, sin recurrir a páginas de juego (Echeburúa y de Corral, 2010). Por ejemplo, un joven jugador online en rehabilitación en una de nuestras asociaciones refería: *“He jugado en el trabajo, estoy tremendamente aburrido”*. Otro: *“Tengo grupos de whatsapp de apuesta deportiva (joven jugador)”*.

En el caso del juego online, por tanto, el control estimular se torna más difícil.

Unido a esto, la unión entre videojuegos y el juego de azar cada vez es más próxima: no sólo existen videojuegos que recrean específicamente juegos como el póker, sino que en muchos videojuegos de otras características se han incorporado situaciones de juego o juegos de azar, siendo situaciones a evitar también dentro de una intervención por una problemática de juego (King, Delfabbro, y Griffiths, 2009). Por otra parte, los y las jóvenes tienden a jugar en compañía de los iguales, y en muchas ocasiones se inician en el juego por influencia de los mismos, siendo elementos a tener en cuenta a la hora de programar la evitación de circuitos de riesgo o la evitación de personas jugadoras (Hardoon y Derevensky, 2001). Por ejemplo, uno de los tipos de juego que más afectan a esta franja de edad son las apuestas deportivas (Gordon, Gurrieri, y Chapman, 2015), con una gran presencia en la vida social de los y las jóvenes, quienes podrían sucumbir a la presión de los iguales como forma de encajar en el grupo (Thomas, Lewis, McLeod, y Haycock, 2012). A ello se le añade la alta implantación de publicidad de juego en las actividades deportivas (Milner, Hing, Vitartas, y Lamont, 2013), que pueden inducir episodios de craving o impulsos para jugar (Hing, Cherney, Blaszczynski, Gainsbury, y Lubman, 2014). Por tanto, se trata de elementos a considerar a la hora de programar el control de estímulos en esta franja de edad.

El sentido de identificación del jugador/a con el resto de jugadores/as del grupo es otro objetivo importante a conseguir para lograr una buena adhesión al grupo y en consecuencia, a la terapia. En el caso de los y las más jóvenes esta identificación es más difícil de conseguir, dificultando el proceso de rehabilitación. He ahí una de las razones de mayor peso por las que detectamos la necesidad de ofrecer intervención específica mediante grupos de terapia sólo para jóvenes (al menos la posibilidad de realizar quincenal o mensualmente una terapia de grupo específica de jóvenes, aunque la simultaneen semanalmente con la terapia grupal general). A continuación, transcribimos algunas expresiones que jóvenes han manifestado tanto en sus terapias de grupo como en las sesiones de psicoterapia individual y que ejemplifican dicha falta de identificación:

- › *“A mí no me parece que tenga el mismo problema que otros pacientes del grupo, yo sólo jugué meses y no me siento un ludópata ni un adicto, sólo se me fue de las manos”.*
- › *“Yo vengo a verte a ti (sesiones individualizadas) pero no quiero ir a terapia de grupo”.*
- › *“Yo no me gasto dinero, los otros sí (joven con dependencia de los videojuegos)”.*
- › *“Yo invierto muy poco en apuestas, escucho en las terapias grupales que gastan mucho más”.*
- › *“Yo no tengo los problemas que tienen los mayores de mi grupo, ellos están más graves”.*

Si conseguimos formar grupos de terapia “de jóvenes”, más homogéneos, en los que sus participantes se sientan identificados mutuamente, resultará más fácil conseguir que integren que esa conducta en la que todos ellos y ellas han participado y les ha generado problemas similares: económicos, familiares, académico/laborales, legales, etc.

Pero también desde el inicio de la rehabilitación se inicia el trabajo de cambio en algunas cogniciones erróneas, previa identificación en el/la paciente: en el trastorno por juego, es determinante la presencia de sesgos o distorsiones cognitivas que pueden llevar a las personas a pensar que se puede ganar en el juego. Estos sesgos sirven como mantenedores de la conducta de juego patológico por lo que realizar una intervención sobre ellos es de gran importancia. Aunque los sesgos no son exclusivos del trastorno por juego, sin embargo, existen determinados tipos de sesgos y de determinada intensidad, que estarían más propensos al desarrollo de problemas con el juego. En el juego de azar, estas distorsiones, como se muestra a continuación, pueden llevar a conclusiones irracionales sobre las probabilidades de predecir una actividad controlada por el azar.

Existen numerosas distorsiones cognitivas en el juego que requieren de una intervención específica. A continuación se muestran algunas de las más importantes:

Ilusión de control: Esta creencia en que el resultado del juego depende más de la actuación personal que del azar. Por ejemplo, el jugador o jugadora pensaría que apretando los botones de las máquinas tragaperras estaría controlando el juego cuando en la realidad no depende de ello. O como expresaba uno de nuestros jóvenes: *“No recaería con un cupón de la ONCE ni con máquinas tragaperras, algo que me haga sentir que le doy a mi cabeza, no que soy un chimpancé”.*

Predicción de resultados: Esta creencia se base en pensar que se puede predecir el resultado del juego. Esta capacidad se relaciona con el pensamiento mágico. Por ej.: *“Podría jugar online en muchas salas pero no me fío del software... hay amaños y cosas raras... no me interesan. A mí online sólo pokerstar”.*

Pensamiento de Suerte como responsable de los resultados: En este caso, se considera que la “suerte” es el factor determinante de los resultados del juego. Los jugadores y jugadoras tienen la creencia de que la suerte les hará ganar en el juego.

Sesgo de las explicaciones post hoc: El jugador o jugadora trata de explicar las razones por las que ha perdido en el juego e intenta con esas explicaciones interpretar lo que ocurrirá en las próximas jugadas. Por ejemplo: *“Estaba intentando demostrar q se podía ganar dinero con apuestas (deportivas online), pero luego he perdido todo otra vez”.*

Locus de control: Esta creencia se basa en la tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias (por ejemplo, “ser un buen jugador/a”) y los fracasos a factores externos (por ejemplo, mala racha). Por ej.: *“Online sólo jugaba a póker. Hay que ser muy paciente, aceptar las pérdidas, manejar muy bien tus emociones y el dinero (...) (Yo) no controlaba mis emociones ni mi pasta”.* O bien: *“El casino cada día me da más asco, porque sólo voy a perder dinero. En el póker puedo perder miles de euros que luego los puedo recuperar”.*

Casi he ganado: La persona jugadora cuando pierde especula sobre el hecho de que casi ha ganado. Por ejemplo, si el premio de la lotería cae en 35 y ella tiene un número que termina en 36 valorará que ha estado a punto de haber ganado.

Pensamiento supersticioso: Este tipo de creencia se relaciona con asociar sucesos que no tienen relación. Por ejemplo, hacer determinados movimientos en la máquina y que estarán asociados con ganar.

Personificación de la máquina: Este tipo de sesgo se caracteriza con la atribución a la máquina de cualidades humanas tales como emociones o intencionalidad. Por ejemplo, hablar a la máquina y decir cosas como “Vamos, que me merezco tener hoy un premio”.

Fijación en las frecuencias absolutas: Este sesgo está relacionado con la creencia de que siempre se gana en vez de considerar el total de dinero invertido y las veces que se ha perdido.

Otras distorsiones halladas en jugadores jóvenes:

“Creo que si no fuera jugador **no sería lo buen trabajador que soy”.**

“Ahora mismo **si yo no fuera ludópata no tengo ninguna duda de que **sería rico**”.**

Todas estas verbalizaciones extraídas de terapias de pacientes jóvenes son ejemplos clarificadores de que, tanto el póker online como las apuestas deportivas (principales juegos de elección de los jóvenes) generan en el/la jugador/a la creencia irracional de que tienen la capacidad, habilidad o poder de predecir el resultado o de conseguir el resultado deseado. En estas modalidades de juego, el jugador “olvida” que está ante juegos de azar y que por lo tanto no puede tener el control sobre el resultado, por mucho que conozca el reglamento del juego de póker o por mucha información deportiva que posea sobre el jugador sobre el que apuesta y/o su equipo. Este sesgo cognitivo, antes de la llegada del juego online, sólo solía ocurrir en el póker (accesible sólo en casinos presenciales) y en la quiniela de fútbol. La diferencia está en que el casino presencial era para la mayoría de jugadores de difícil acceso (temporal y espacial), y la quiniela sólo daba resultados semanalmente, por lo que había que esperar. En la actualidad, con el juego online se puede jugar al póker y apostar a cualquier deporte, en cualquier momento y lugar, siendo solamente necesarios acceso a Internet y un número de tarjeta de crédito. Por esta razón la progresión hacia la adicción es mucho más rápida. Si a estos factores añadimos el factor impulsividad que en los y las jóvenes es mayor, y que el coste mínimo de la apuesta deportiva, por ejemplo, es muy bajo (lo que da mayor accesibilidad a los muy jóvenes) el riesgo de generar problemática es muy grande.

En la intervención del trastorno por juego, es importante tener en cuenta que se trata de un problema complejo en el que además de sobre las cogniciones, es necesario como se muestra en este apartado el trabajo en el ámbito conductual.

Superada la fase de iniciación, estimada en FEJAR en 6 meses, siendo una temporalidad flexible y variable, dependiendo del enfermo y del criterio de cada asociación, el/la joven en tratamiento pasaría a la siguiente fase de rehabilitación, denominada **fase “INTERMEDIA”**. En esta fase se mantiene como objetivo general la abstinencia del juego, y como objetivos específicos se van a trabajar con mucha mayor intensidad que en la fase inicial la identificación y modificación de sesgos cognitivos, entre otros. Así mismo se abordará el análisis de la historia personal. En esta fase se utilizarán técnicas de reestructuración cognitiva, resolución de problemas asociados al juego y de gestión del tiempo o planificación de actividades y objetivos.

Respecto a la gestión del tiempo, podemos utilizar técnicas y estrategias como: utilización de herramientas que permitan la programación y cumplimiento de objetivos (diarios, semanales, etc.): uso de agendas tradicionales o electrónicas, alarmas, etc. (para lo cual se debe entrenar en el hábito de registrar los objetivos a conseguir, así como en su cumplimiento). La finalidad es anticiparse a los momentos de aburrimiento o de riesgo de juego y prever actividades alternativas al mismo.

Como exponíamos más arriba, en esta fase intermedia del tratamiento también se realizará el análisis de la historia personal y se intervendrá sobre los aspectos que hayan podido influir en el desarrollo y mantenimiento de la adicción al juego (ver el apartado “*Aspectos Psicosociales*” de esta Guía).

Una vez abordados y superados los aspectos de la fase Intermedia de tratamiento, fase que FEJAR también temporaliza en unos 6 meses, pero de forma flexible dependiendo del criterio de cada asociación y/o de la evolución del jugador/a, pasaríamos a la siguiente fase en la rehabilitación:

Fase de “MANTENIMIENTO”. En esta fase el objetivo general es la prevención de recaídas y sus objetivos específicos el asentamiento de nuevas habilidades, entrenamiento en prevención de recaídas y alfabetización emocional, abordándose mediante técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, información sobre recaídas e identificación, manejo y regulación emocional. Así mismo, durante todo el proceso de tratamiento se abordan los sesgos cognitivos y la reestructuración cognitiva.

Mientras que en la fase de “Iniciación” del tratamiento los objetivos terapéuticos eran la motivación hacia el tratamiento, el control estimular e identificación de situaciones de riesgo principalmente; y en la fase “intermedia” el mantenimiento de la abstinencia de juego y la identificación y modificación de sesgos cognitivos; en esta fase la intervención se centra en enseñar a identificar situaciones que tanto en el futuro inmediato como a lo largo de la vida, pueden resultar desencadenantes de una recaída. No olvidemos que, si bien desde FEJAR se respeta la autonomía de trabajo y funcionamiento de cada una de sus asociaciones integrantes, la recomendación para los y las enfermos/as en rehabilitación es la abstinencia vitalicia, entendiéndolo que no podemos “curar” la enfermedad sino “rehabilitar” al enfermo/a, dotándole de estrategias para elegir libremente no volver a jugar más en su vida, pues la experiencia nos ha demostrado que una persona que ha sido adicta al juego no va a poder ser un jugador/a “social” con posterioridad (es decir, es muy difícil que pueda mantener una conducta activa de juego sin que vuelva a escaparse de su control).

En el caso específico del/la joven, al haber contraído la enfermedad en una fase tan temprana de su vida, resultará también especialmente importante el abordaje de esta fase, teniendo en cuenta, por ejemplo, circunstancias vitales que puedan suponerle una situación de riesgo (como la independencia económica o el tipo concreto de trabajo que vaya a desempeñar (con posibilidades competitivas, de incrementos moderados de ingresos, de acceso a dinero de la empresa, etc.).

Por tanto, y retomando los objetivos a trabajar en esta fase de “Mantenimiento”:

Uno de los aspectos más estudiados tiene que ver con el desarrollo de habilidades que son transversales y que podrían influir en el desarrollo de los problemas adictivos. Es importante tener en cuenta que, en el caso de jóvenes y adolescentes, en el período vital en el que se encuentran se están formando hábitos y aprendiendo a relacionarse con otros. Por lo que, la intervención en las competencias emocionales, cognitivas y conductuales que podrían estar a la base de los mismos son especialmente importantes. En el caso de la intervención con juego, algunas de las más importantes son las siguientes:

1. AUTOESTIMA

La autoestima tiene que ver con el valor que la persona se atribuye a sí misma y a sus capacidades. En el caso del juego, a menudo se encuentra mermada por todo lo sucedido. Asimismo, se ha observado que los jugadores y jugadoras podrían tener dañado en el autoconcepto antes de comenzar con la problemática de juego.

2. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Una capacidad muy importante tiene que ver con la capacidad de resolución de problemas. La capacidad de afrontamiento tiene que ver, según muestra la definición de Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, y Wadsworth (2001) con los “esfuerzos conscientes y voluntarios para regular la emoción, cognición, conducta, fisiología y ambiente en respuesta a eventos o circunstancias estresantes” (p.89). Las estrategias de afrontamiento son de gran relevancia ya que en función de si se realizan de manera adaptativa o desadaptativa influyen en el bienestar psicológico. Asimismo, su uso desadaptativo está ligado a la presencia de problemáticas psicológicas. En el caso del trastorno de juego, se ha asociado con estilos de afrontamiento desadaptativos.

3. REGULACIÓN EMOCIONAL

Otro factor estrechamente relacionado con el afrontamiento, y que también ha sido relacionado con la presencia de problemáticas psicológicas, es la regulación emocional. Según Gross (1988) la regulación emocional estaría relacionada como el proceso por el que las personas influyen las emociones que tienen, cuándo las tienen, y cómo las experimentan y expresan. En el caso del juego, existirían importantes dificultades en la expresión emocional por lo que la intervención con la gestión emocional podría ser muy relevante.

4. COMUNICACIÓN

En relación a lo anterior, la comunicación es una habilidad muy importante en el trabajo con personas afectadas por el juego. Las dificultades en comunicación podrían obstaculizar las relaciones con los otros, sobre todo, cuando están tan estropeadas por los engaños y mentiras que se han dado previamente.

Todas estas competencias se influyen unas sobre las otras en el/la joven. Por ejemplo, un/a joven con baja autoestima podrá encontrar en el juego un refugio en el que sentirse por momentos o al menos al inicio de la conducta “poderoso” o sentir que importa a “alguien” (en este caso operadora de juego que va a reforzar la conducta mediante bonos o publicidad para continuar jugando). Si además presenta escasa capacidad de afrontamiento de problemas y de regulación emocional, difícilmente será capaz de pedir ayuda o dejar la conducta de juego por sí misma; máxime si la comunicación con su familia es escasa o difícil.

A continuación exponemos verbalizaciones de algunos/as pacientes jóvenes que ponen de manifiesto sus dificultades en la regulación emocional, interferida en ocasiones con altos niveles de impulsividad y/o de competitividad (necesidad de conseguir éxitos para sentir su autoestima reforzada):

- * *“Me cuesta vivir una vida normal, ordinaria, necesito emociones...”*
- * *“Todo lo q hago es para ser el mejor... Acabo dejando muchas cosas porque no voy a destacar”.*
- * *“Tengo baja tolerancia a que las cosas no sucedan como yo quiero”.*
- * *“Voy muy rápido como tú dices pero me gusta tener todo bajo control”.*
- * *“Yo hasta estudiar lo hago compitiendo... estudiarme un tema... bajar los minutos... Tú no sabes lo cansado que es ser yo (...) Yo ahora quiero curarme y quiero ser el mejor del mundo en curarme”.*
- * *“No me considero un psicópata como tal porque tengo emociones, pero mi capacidad de empatizar se reduce a unos pocos”.*

Prevención de recaídas

Una vez que la persona ha cesado la conducta de juego, sigue estando expuesta a volver a jugar, ya sea mediante una caída (un único episodio aislado, sin consecuencias posteriores) o una recaída (que supone una recaída completa, es decir, la vuelta al patrón previo de juego). De hecho, los patrones de juego previos pueden restablecerse rápidamente incluso tras años de abstinencia o control de la conducta (Griffiths, 2005). Por tanto, la prevención de recaídas constituye un aspecto fundamental del tratamiento en el trastorno de juego, basada en la adquisición de las estrategias de afrontamiento necesarias para mantener la abstinencia. La intervención se fundamenta, por tanto, en la identificación y reconocimiento de situaciones, pensamientos, y/o emociones que podrían derivar en una conducta de juego o precipitar una recaída, y en la adquisición de habilidades para lidiar tanto con las situaciones que podrían precipitar una recaída en el juego, como con la propia conducta de recaída, y con las consecuencias de la recaída (Marlatt y Donovan, 2005).

Existe, por tanto, una serie de situaciones de alto riesgo, que pueden ser precipitantes de una recaída, y que deben ser evitados para disminuir el riesgo de recaer (Jiloha, 2011):

DETERMINANTES INTRAPERSONALES Y DEL AMBIENTE:

- _ Jugar bajo la esperanza o necesidad de obtener una ganancia económica importante.
- _ Afrontamiento de emociones negativas, como la frustración, ira, culpa, tristeza, miedo, ansiedad, tensión, soledad, aburrimiento, preocupación u otros sentimientos disfóricos, así como dificultades financieras, de empleo o situaciones de evaluación.
- _ Afrontamiento de estados físicos y fisiológicos negativos, asociados al craving y la abstinencia, o a enfermedad física.
- _ Jugar en respuesta al craving, en presencia o ausencia de señales externas que puedan inducir al juego.
- _ Aumento de emociones positivas, de alegría, felicidad, o momentos de celebración.
- _ Examen del control personal, poniendo a prueba la capacidad personal, jugando de forma aislada o moderada, para comprobar que se mantiene el control sobre la propia conducta.

DETERMINANTES INTERPERSONALES

- _ Afrontamiento de conflictos interpersonales, y las emociones negativas asociadas a los mismos (frustración, ira, ansiedad, preocupación, etc.)
- _ Respuesta a la presión social, por parte de una persona o un grupo de personas que puedan incitar al juego, ya sea de manera directa (mediante interacción verbal) o indirecta (observación de otras personas que estén jugando).
- _ Aumento de emociones positivas.

Efecto de violación de la abstinencia

El momento en que se produce una caída es un momento de riesgo para que se produzca una recaída completa, puesto que origina la percepción de falta de control ante el juego, así como un incremento de emociones como la culpa o la vergüenza que pueden llevar a la persona a volver a jugar como forma de controlar estas emociones.

Ante una recaída, se propone por tanto tratar al paciente con comprensión y evitar atribuir la recaída a un fracaso personal o a la falta de voluntad, sino como una posible experiencia de aprendizaje para evitar futuras recaídas. Si la persona afronta adecuadamente esta situación, una recaída puede proporcionar información sobre las señales previas a una recaída y las circunstancias que llevaron a la persona a jugar de nuevo. Por tanto, es importante que la persona pueda regular las emociones de culpa y vergüenza asociadas a la recaída, y ayudar al paciente a identificar las distorsiones cognitivas que han podido tener influencia en esta situación, así como reforzar el compromiso de la persona con la abstinencia en el juego (Jiloha, 2011).

Aunque existen pocas evidencias sobre los precipitantes de recaídas en jóvenes y adolescentes, es de especial importancia tener en cuenta las expectativas que tienen sobre el juego, y el riesgo que perciben en el mismo, los cuales pueden ser diferentes en función del nivel de gravedad de la conducta de juego (Gillespie, Derevensky, y Gupta, 2007). Los jóvenes y adolescentes juegan en búsqueda de diversión, dinero y activación, aunque aquellos que presentan juego patológico o problemático juegan en mayor medida por la necesidad de escapar de los problemas, aliviar sentimientos de depresión o soledad, para relajarse o para interactuar socialmente con otras personas. Además, tienden a percibir un menor riesgo en el juego (Winters, Arthur, Leitten, y Botzet, 2004), lo que podría hacerles más vulnerables a una recaída.

Recogemos a continuación algunas explicaciones que han dado nuestros/as jugadores/as jóvenes tras una recaída:

】 *“Hice una apuesta con mi madre de parar un mes sin jugar y lo conseguí. A los 2 días, sin embargo, volví a jugar”* **(determinante interpersonal)**

】 *“Al final la recaída se cuajó por la ansiedad con mi madre, por comprar el ordenador y las cosas...”* **(determinante interpersonal)**

】 *“Fue una recaída horrible, fui sin ganas, no fui con esa pulsión y ese encanto que tiene el juego”. “No pensaba que pudiera perder el dinero... tan rápido...”* **(determinante intrapersonal)**

】 *“No es fácil decir que no vas a jugar más a cartas”.* **(determinante interpersonal)**

Por último, llegaríamos a la última fase del tratamiento, la **fase de “SEGUIMIENTO”**, cuyo objetivo general es el control de la conducta de juego, así como el mantenimiento del cambio de actitudes y todos los aspectos abordados en la rehabilitación. Llegados a este punto de la rehabilitación, cada asociación tiene unos márgenes temporales distintos (aunque la evolución personal de cada jugador (joven en este caso) marcará finalmente los plazos).

Superada la Fase de Seguimiento, algunas de nuestras asociaciones conceden el “alta terapéutica”. Tanto en el caso de la existencia de “alta” o no, todas coinciden en mantener sus centros abiertos a todos sus jugadores/as rehabilitados/as para que de forma ilimitada e indefinida puedan seguir acudiendo, si así lo desean, a su asociación como recordatorio activo de que deben mantener su abstinencia. Aquellos/as jugadores/as que terminan su tratamiento y deciden continuar acudiendo a la asociación, a menudo ya no lo hacen de forma sólo pasiva para participar de las terapias de grupo, sino que suelen querer implicarse de forma voluntaria en ayuda a su asociación: como monitor/a de terapia de grupo, para realizar acogidas de nuevos enfermos y familiares, y cualquier otra función para la que puedan resultar útiles a su asociación (para ello deberán pasar un curso de monitores que la federación ofrece). En el caso del/la joven jugador/a que haya conseguido el objetivo no fácil de realizar con éxito su rehabilitación, constituye un reto difícil para las asociaciones conseguir implicarle como colaborador/a de la asociación, ya que por las características inherentes a su momento vitalicio, van a estar volcados en finalizar sus estudios (a veces habrán conseguido retomarlos después de algún parón temporal por su adicción), búsqueda de un trabajo estable, formación de familia (pareja-hijos), etc. Pero aún así es posible y vamos consiguiendo la implicación de algunos/as, que como ya hemos expuesto anteriormente, pueden realizar una labor fundamental en las entrevistas de acogida a otros/as jóvenes.

Para los y las jóvenes resulta especialmente complicada la aceptación de que deberán mantenerse abstinentes del juego de forma vitalicia. Una vez superada la problemática que les generó su adicción al juego, es frecuente que el/la enfermo/a minimice los riesgos o costes que le supondría volver a realizar apuestas mínimas. A menudo pueden considerar que están preparados para ser “jugadores/as sociales”. Dada la presión social a la que se van a enfrentar con frecuencia y la gran oferta de juego, mantener la abstinencia durante décadas puede resultar complicado. Por esta razón, y a pesar de haber trabajado en las fases anteriores aspectos como habilidades sociales y de comunicación, autoestima, gestión emocional y afrontamiento de problemas, etc., las situaciones de riesgo existirán, y es importante tanto en la fase de mantenimiento como en la de seguimiento, trabajar con los y las jóvenes en la integración de que ellos, por haber padecido la adicción al juego, NO pueden en el futuro ser jugadores sociales. Deberán, además, mantener un consumo controlado de alcohol, ya que es un desinhibidor de la conducta, y un exceso de consumo de alcohol puede eliminar los controles que el sujeto tiene en estado sobrio para conseguir no jugar. Lo mismo cabría decir con respecto al consumo de otras drogas no legales, como la cocaína, también importante desinhibidora de conducta. Por ejemplo, uno de nuestros jugadores jóvenes en rehabilitación reconocía durante su terapia:

“Cuando bebo alcohol me descontrolo con el juego”.

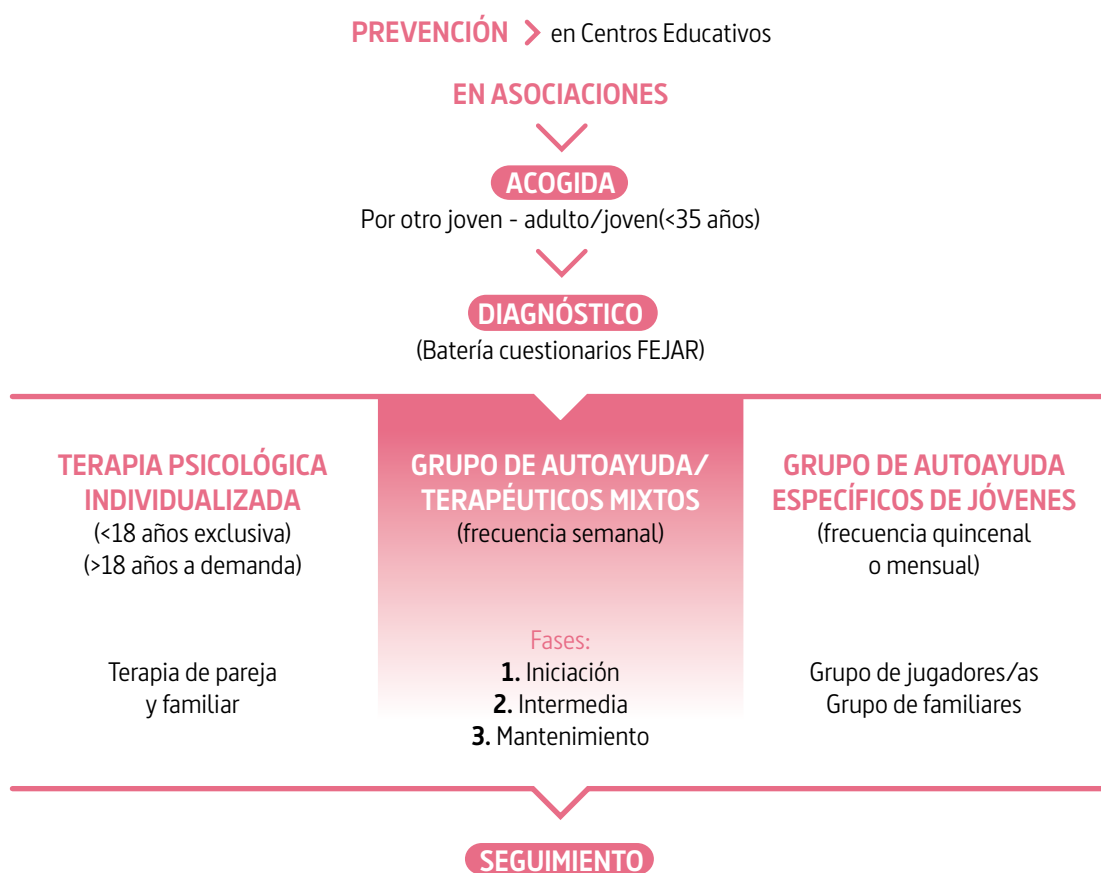
Terapia online

En una línea paralela a la legalización del juego online y al inicio a edades más tempranas del trastorno por juego, cada vez resulta más frecuente la demanda de tratamiento de ludopatía para personas que se encuentran fuera del territorio español por razones personales o profesionales. Por este motivo en 2014 FEJAR creó el servicio de “Terapia Online”, para poder ofrecer tratamiento a todos/as los y las afectados/as que solicitaban ayuda y a quienes no se les podía ofrecer una asociación presencial de referencia (tanto por residir temporalmente en el extranjero como en alguna de nuestras Comunidades Autónomas que no se encuentran representadas con ninguna asociación en nuestra Federación). Esta terapia es exclusivamente psicológica y se están obteniendo resultados muy prometedores, a pesar de las dificultades añadidas que entraña la distancia (como por ejemplo en el control estimular y en ocasiones la ausencia de ayuda de familiares o co-terapeutas).

Actualmente el 84,62% de jugadores que se benefician o se han beneficiado de terapia online, son jóvenes menores de 40 años. Y de esos jugadores jóvenes, el 36,36% han recibido terapia desde sus lugares de residencia fuera de España (por ej.: Portugal, Suiza, Irlanda, Polonia, EEUU, Qatar, etc.).

No obstante, nos planteamos un **reto próximo**, que es conseguir formar una terapia grupal de jóvenes vía online. Dada la dispersión geográfica de muchos de estos jóvenes, como hemos expuesto, y lo beneficiosa que podría resultar una terapia grupal a esta muestra de nuestros enfermos (al ser un grupo más homogéneo en edad (y con frecuencia también habrá homogeneidad en cuanto a la tipología de juego). El mayor inconveniente de este grupo será conseguir sincronizar un horario que sea compatible para todos sus participantes teniendo en consideración las distintas diferencias horarias.

De esta terapia se podrían beneficiar tanto pacientes jóvenes de terapia online como de asociaciones presenciales que, por su número reducido de los enfermos más jóvenes, no pueden formar un grupo específico con ellos.



* Mientras el/La menor de edad no cumpla la mayoría, el/La familiar será el/La asistente a grupos de autoayuda.

CONCLUSIONES

Se ha producido un aumento en el consumo de juego de azar por parte de jóvenes y adolescentes, y cada vez son más los y las jóvenes y adolescentes que acuden en busca de tratamiento. Datos que revelan la importancia de replantear las intervenciones y adaptarlas para hacer posible el abordaje de este nuevo fenómeno. Se debe tener en cuenta que las modalidades de juego de azar que consumen los y las jugadores/as más jóvenes (apuestas deportivas, juego on-line...), los motivos que les llevan a jugar, la historia de juego y las consecuencias que acarrearán, son diferentes en función de la edad. Por tanto, estas características diferenciales de las problemáticas de juego de los y las jóvenes y adolescentes en comparación con las de jugadore/as patológicos de mayor edad, hacen visible la necesidad de adecuar los grupos de tratamiento en función de la edad. Además, también sería productivo considerar en el caso de los y las más jóvenes, que puede tratarse de casos de juego problemático y no haber desencadenado aún en una adicción al juego como tal.

El tratamiento en jóvenes y adolescentes podría dirigirse a fomentar habilidades de afrontamiento para gestionar adecuadamente situaciones estresantes, a mejorar la regulación de las emociones, el control de los impulsos, aprender a demorar la gratificación y la satisfacción, tolerar la frustración y corregir distorsiones cognitivas. Incluso podrían diseñarse intervenciones específicas en función de las modalidades de juego más habituales y organizar grupos de autoayuda en función de la edad y la modalidad de juego.

Además, por las características diferenciales en función de la edad, podría ser recomendable que los y las menores de edad hicieran el tratamiento de forma individual, o incluso en grupos formados en función de la edad. Siempre con el objetivo de que puedan sentirse identificados/as con el resto de componentes del grupo por la edad, el tipo de juegos, los motivos que les llevan a jugar, las consecuencias del juego.

Por último, la participación de la familia como agente activo del proceso supone un elemento prioritario en la recuperación de una persona joven o adolescente con adicción al juego. Para ello, previamente se podría trabajar con la familia, empoderándola y haciéndoles partícipes del proceso, para poder actuar como supervisoras, co-terapeutas y jugar como factor protector y prevenir posibles recaídas.

A diferencia de otras conductas adictivas, el trastorno del juego se distribuye por todas las clases sociales y por todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años.

1. ADECUACIÓN DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTOS A JÓVENES Y ADOLESCENTES

(sobre todo, de juegos específicos de jóvenes juego on line o apuesta deportiva)

La búsqueda de sensaciones, especialmente entre los y las jóvenes y adolescentes podría facilitar el contacto inicial con el juego. Unido a esto, la impulsividad podría ser responsable de la persistencia en el juego.

El juego on-line y las apuestas deportivas están experimentando en la actualidad un desarrollo espectacular entre los jóvenes. Esto es importante a la hora de diseñar tratamientos concretos para este tipo de juegos específicos que tienen características diferenciales a los juegos de azar como las máquinas tragaperras o el bingo.

2. IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN LOS TRABAJOS CON ADOLESCENTES Y JÓVENES JUGADORAS

El único factor relacionado con el desarrollo de problemas con el juego en adolescentes, que la comunidad científica reconoce de forma unánime, es la carencia de un vínculo parental fuerte (Buil, Solé Moratilla, y García Ruiz, 2015). La familia es una red fundamental para protegernos de muchas problemáticas que pueden sucedernos a lo largo de la vida. Su implicación en el tratamiento es fundamental para la recuperación de la persona afectada.

3. MEJORA DE LAS HABILIDADES PARA LA VIDA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

El juego puede convertirse así en una forma en la que los menores pueden manejar la presión durante la adolescencia y desconectar del mundo exterior.

De hecho, algunos trabajos demuestran la relación que existe entre la regulación emocional y las conductas impulsivas de juego patológico. La manera de regular las emociones podría estar relacionada con la realización de conductas impulsivas de riesgo en jóvenes y adolescentes. La regulación emocional media de manera total y parcial en la aparición de sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes que tienen problemáticas en estas conductas impulsivas. El entrenamiento en habilidades de regulación emocional podría ser útil para abordar estas conductas en jóvenes y adolescentes (Estévez, Herrero, Sarabia, y Jáuregui, 2014).

Los menores buscan gratificación y satisfacción inmediata, sin mediar el esfuerzo ni las frustraciones (Buil et al., 2015).

4. ADECUACIÓN DE LOS MENORES DE 18 QUE HAGAN TRATAMIENTO INDIVIDUAL Y NO GRUPAL

Aunque la legislación vigente prohíbe que los menores jueguen, hay constancia de que este grupo de población lo hace (Becoña, Míguez, y Vázquez, 2001; Derevensky, Gupta, y Winters, 2003; Granero et al., 2014).

Por todo lo expuesto, la mejor “vacuna” contra las recaídas en el futuro (una vez finalizado el proceso de rehabilitación) es mantener contacto con la asociación, en cualquiera de sus posibilidades: bien de forma más pasiva asistiendo puntualmente como participante a terapias de grupo, bien de forma más activa participando de forma voluntaria.

Ojalá dentro de no muchos años las políticas de protección de menores en el sector del juego den sus frutos, así como que la siguiente generación de jóvenes ya no resulte “prisionera” del juego online y/o de las apuestas deportivas de la manera en que lo está siendo en la actualidad. Pero mientras tanto, el deseo de FEJAR es que esta guía sirva para dar un mejor servicio asistencial a sus jóvenes afectados por trastorno por juego y a sus familiares afectados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, A. M. D. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de psicología*, 27(1), 3-20.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E., Míguez, M. C., y Vázquez, F. L. (2001). El juego problema en los niños de Galicia. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.
- Bestman, A., Thomas, S. L., Randle, M., y Thomas, S. D. M. (2015). Children's implicit recall of junk food, alcohol and gambling sponsorship in Australian sport. *BMC Public Health*, 15, 1022.
- Buil, P., Solé Moratilla, M. J., y García Ruiz, P. (2015). La regulación publicitaria de los juegos de azar online en España. Una reflexión sobre la protección del menor. *Adicciones*, 27(3).
- Compas, B., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A., y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.
- Deans, E. G., Thomas, S. L., Daube, M., Derevensky, J., y Gordon, R. (2016). Creating symbolic cultures of consumption: an analysis of the content of sports wagering advertisements in Australia. *BMC Public Health*, 16(1), 208.
- Deans, E. G., Thomas, S. L., Derevensky, J., y Daube, M. (2017). The influence of marketing on the sports betting attitudes and consumption behaviours of young men: implications for harm reduction and prevention strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 5.
- Derevensky, J. L., Gupta, R., y Winters, K. (2003). Prevalence rates of youth gambling problems: Are the current rates inflated?. *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 405-425.
- Domínguez, A., Pérez, M., Sicilia, E., Villahoz, J., y Fernández, R. (2007). *Guía clínica: actuar ante el juego patológico*. Granada: Junta de Andalucía.
- Donati, M., Chiesi, F., y Primi, C. (2013). A model to explain at-risk/problem gambling among male and female adolescents: Gender similarities and differences. *Journal of Adolescence*, 36, 129-137.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16.
- Echeburúa, E., y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías ya las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2).
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia psicológica*, 32, 31-40.
- Estévez, A., Herrero, D., Sarabia, I., y Jáuregui, P. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4).
- Fernández-Montalvo, J., y López-Goñi, J. J. (2010). Adicciones sin drogas: características y vías de intervención. FOCAD. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 8(2).
- Gernstein, D.; Murphy, S.; Tace, M.; Hoffman, J.; Palmer, A., y Johnson, R. et al. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Chicago: Report to the National Gambling Impact Study Commission.
- Gibbons F. X., Kingsbury J. H., y Gerrard M. (2012). Social-psychological theories and adolescent health risk behavior. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(2), 170-183.
- Gillespie, M. A., Derevensky, J., y Gupta, R. (2007). I. Adolescent problem gambling: Developing a gambling expectancy instrument. *Journal of Gambling Issues*, (19), 51-68.
- Giulianotti, R. (2002). Supporters, Followers, Fans, and Flaneurs: A Taxonomy of Spectator Identities in Football. *Journal of Sport & Social Issues*, 26(1), 25-46.
- Gordon, R., Gurrieri, L., y Chapman, M. (2015). Broadening an understanding of problem gambling: The lifestyle consumption community of sports betting. *Journal of Business Research*, 68(10), 2164-2172.
- Granero, R. Penelo, E., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Savidou, L. G., Fröberg, F., ... Jiménez, S. (2014). Is pathological gambling moderated by age? *Journal of Gambling Studies*, 30, 475-492.
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197.
- Griffiths, M. D., y Parke, J. (2010). Adolescent gambling on the Internet: A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 59-75.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Hardoon, K. K., y Derevensky, J. L. (2001). Social influences involved in children's gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 17(3), 191-215.

- Hing, N., Cherney, L., Blaszczynski, A., Gainsbury, S. M., y Lubman, D. I. (2014). Do advertising and promotions for online gambling increase gambling consumption? An exploratory study. *International Gambling Studies*, 14(3), 394-409.
- Jiloha, R. C. (2011). Management of Lapse and Relapse in Drug Dependence. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(2), 199-204.
- King, D., Delfabbro, P., y Griffiths, M. (2009). The psychological study of video game players: Methodological challenges and practical advice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(4), 555.
- Marlatt, G. A., y Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Milner, L., Hing, N., Vitartas, P., y Lamont, M. (2013). Embedded gambling promotion in Australian football broadcasts: An exploratory study. *Communication, Politics & Culture*, 46(2), 177.
- Raisamo, S., Halme, J., Murto, A., y Lintonen, T. (2013). Gambling-related harms among adolescents: a population-based study. *Journal of Gambling Studies*, 29, 151-159.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M., y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22, 301-310.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. (1982). *Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones, 1-16.
- Thomas, S. L., Lewis, S., McLeod, C., y Haycock, J. (2012). 'They are working every angle': A qualitative study of Australian adults' attitudes towards, and interactions with, gambling industry marketing strategies. *International Gambling Studies*, 12(1), 111-127.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Ave factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689.
- Winters, K., Arthur, N., Leitten, W., y Botzet, A. (2004). Gambling and drug abuse in adolescence. In J. Derevensky (Ed.), *Gambling problem in youth: Theoretical and applied perspectives*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.



ANEXOS I, II Y III
CASOS CLÍNICOS

ANEXO I. CASO CLÍNICO I

Carlos (nombre ficticio): varón, 17 años, inició tratamiento en una de nuestras asociaciones de FEJAR en mayo de 2016 (2 años de tratamiento en la actualidad). En el momento de inicio de la terapia se encontraba cursando 2º de Bachillerato. Vive con sus padres y hermano, es el mayor de los dos hijos. Posee un grupo de amigos con los que comparte buena parte de su tiempo.

Carlos llegó a la asociación derivado por orden judicial motivada por robo de una tarjeta de crédito de un amigo, cuyo dinero utilizó para realizar apuestas.

Las circunstancias socio familiares y/o factores que favorecieron la adicción al juego fueron:

- Falta de comunicación afectiva y efectiva con sus padres, a pesar de tratarse de una familia estructurada, pero con escasos límites y normas poco claras
- Disponer de mucho tiempo libre (por absentismo escolar y carencia de control o supervisión parental)
- Facilidad de acceso al juego aun a pesar de ser menor de edad
- Problemas académicos
- Ver en el juego una oportunidad de obtener dinero de modo fácil
- Sensación de que puede controlar la suerte, y por tanto, el juego de azar

No existe comorbilidad con otros trastornos mentales.

Como antecedentes familiares de adicciones constan problemas de juego por parte de un tío paterno.

Tipo/s de juego: apuestas deportivas y juego online. También juegos sin apuesta a través de móvil.

Curso del problema: al principio se jugaba su paga, hasta que comenzó a robar para seguir financiándose el juego (la tarjeta de crédito de un amigo). El juego comenzó a ser un problema en su vida un año después de empezar sus apuestas. La familia no fue consciente del problema hasta el momento de la denuncia. Hay implicación familiar.

Puesto que FEJAR no incluye en sus terapias de grupo a menores de edad, se comienza a intervenir con el menor (con autorización parental) con terapia puramente psicológica hasta la mayoría de edad del paciente. El tratamiento psicológico se ha llevado a cabo desde un enfoque de terapia cognitivo-conductual. En la terapia psicológica se han alternado las sesiones individuales y las conjuntas con la familia. En la terapia psicológica se han abordado las siguientes problemáticas y aplicado las técnicas:

- Control estimular orientado a evitar el juego, así como a reducir la necesidad de jugar
- Identificación de los procesos mentales relacionados con el juego y de los criterios de trastorno por juego que cumple el sujeto
- Distorsiones cognitivas
- Gestión del tiempo. Implementación y refuerzo de actividades e intereses compatibles con el juego
- Técnicas de resolución de problemas
- Técnicas de comunicación asertiva
- Prevención de recaídas

En el momento en el que Carlos cumple la mayoría de edad comienza a asistir a terapias de grupo, que simultaneará con la terapia psicológica individualizada.

Durante el proceso de rehabilitación se han producido dos recaídas:

Julio 2017. Juegos de rol. **Desencadenante:** creía que podía jugar a este tipo de juegos.

Febrero 2018. Apuestas deportivas. **Desencadenante:** confió en que ya no tenía ningún problema con el juego, engañó a sus padres con un dinero que debía haber sido destinado a estudios.

En la actualidad continúa el proceso de rehabilitación. Refiere estar motivado para rehabilitarse, pero todavía sigue sin tomar conciencia de que tiene un problema con el juego. Le costó integrarse en el grupo de terapia, se veía diferente y no consideraba que tuviera tanto problema como el resto de compañeros. A nivel personal abandonó sus estudios de bachillerato y se encuentra cursando estudios de mecánica.

ANEXO II. CASO CLÍNICO II

CASO CLÍNICO JOVEN Y JUEGO ONLINE

Rubén (nombre ficticio), inició terapia online en FEJAR en junio de 2017, unos días antes había iniciado tratamiento en una de nuestras asociaciones presenciales, pero por motivos personales/académicos trasladó su residencia a un país europeo, motivo por el cual ha proseguido con la modalidad de terapia online (su madre continúa acudiendo a terapias de familiares en su asociación de referencia). Inició su rehabilitación con 24 años.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Recibió tratamiento psicológico durante su infancia, en momentos relacionados con crisis de relación de sus progenitores (la primera cuando tenía 7-8 años y la segunda con 14 años). Con 16 ó 17 años realizó un intento autolítico.
- Recibió otro tratamiento psicológico con 18 años por dependencia de drogas (consumía cannabis y ya tenía problemas con el juego, pero sólo reconoció en aquel tratamiento su problema con el cannabis).
- No constan otros antecedentes familiares psiquiátricos ni de adicciones.

HISTORIA DE JUEGO:

Comenzó a jugar a los 18 años, incluso admite algún episodio esporádico anterior, siendo menor de edad. A esta edad simultaneó su conducta de juego con consumo de cannabis, llegó a vender las joyas de su madre. En aquel momento sólo recibió tratamiento de rehabilitación por drogas, aunque mantuvo su abstinencia del juego durante 3 años aproximadamente. Dos años antes de iniciar su terapia por dependencia del juego volvió a comenzar a jugar, generándole los mayores problemas en el último año.

REHABILITACIÓN:

Comienza terapia presencial en su ciudad de residencia, pero a los pocos días pasa a recibir terapia online (junio de 2017), por encontrarse fuera de España donde estudia inglés y simultanea su aprendizaje del idioma con trabajo.

Las modalidades de juego en que ha participado son: todo tipo de apuestas en salones de juego (póker, apuestas deportivas, etc.), juego online y máquinas tragaperras en bares.

Las terapias se han realizado mediante videoconferencia (terapia psicológica de tipo cognitivo-conductual y frecuencia semanal o quincenal) con apoyo de correo electrónico. En algunas sesiones se han conectado simultáneamente su padre o su madre.

El estilo comunicativo que Rubén mantiene con sus progenitores es de gran respeto, y mantiene contacto a diario con ellos, la comunicación entre el paciente y sus padres es fluida. El padre ejerce el control económico desde España (movimientos en cuenta bancaria y control de tickets que Rubén envía).

Hasta la actualidad no se ha constatado ninguna recaída. La evolución está siendo altamente positiva, a pesar de la dificultad añadida que conlleva este caso por la distancia y ausencia de terapia de grupo.

En el momento actual además de continuar con el control estimular se están trabajando otras áreas como el afrontamiento adaptativo de problemas, la tolerancia a las frustraciones, el control de impulsos y la adecuada gestión tanto emocional como del tiempo.

La predisposición hacia la terapia por parte del jugador es totalmente adecuada. Está en proceso de liquidación de deudas contraídas por el juego, que está asumiendo con su trabajo.

ANEXO III

EJEMPLO DE SOLICITUD DE AYUDA RECIBIDA EN FEJAR POR PARTE DE UN JOVEN

“Hola, tengo 25 años, yo acostumbraba a jugar a máquinas tragaperras de los bares y jugaba lo suelto, 5 ó 10 €, lo controlaba, pero hace 3 meses fui con un amigo a hacer una apuesta deportiva en un salón de juegos, nunca había ido, jamás había apostado en deporte, jugué 5 € y a los pocos minutos ya tenía 200, me fui muy contento, el problema es cuando te toca, tu mente te hace pensar y ver que te va a volver a tocar, a la semana fui solo, gané otra vez, pero en un mes me he jugado 1500 € de un préstamo personal de 3000 que estaba pagando, en unos pocos días en ese mes perdí apostando, es decir, me siento mal conmigo mismo, jamás pensé que llegaría a esos límites, he tocado fondo... tengo ahorrados 2500 € y he leído bastantes testimonios de personas adictas al juego que han perdido su trabajo, familia, dinero... no quiero caer en eso... no quiero recuperar lo perdido, pienso que es una mala racha y que en este tiempo no he sido yo, creo que en estos tres meses he agravado el problema y considero que tengo un problema porque no es normal ir a un salón de juegos, 1 ó 2 días a la semana y perder cada semana 400 ó 500 €, no es normal, eso es un problema y creo que no soy consciente de ello, puedo dejar de ir los días que quiera, no tengo dependencia al juego, no dependo de él, y si me apetece ir a apostar, con desviar ese pensamiento me basta, pero mi problema es cuando entro, ese ambiente me hace perder el control, no soy yo, parece que hay algo que me retiene y hasta que no me quedo sin dinero no me voy. No me ha dado nunca por coger el dinero de mi trabajo, sí de mi sueldo pero no el del día a día ni de proveedores, voy a entrar en la universidad el año que viene y quiero que esto termine, he tocado fondo, han sido 3 meses que no he sido yo y no quiero que esto vaya a más, creo que estoy a tiempo, creo que es mejor deber un crédito de 3000 € a perderlo todo, necesito a alguien que me guíe y me aconseje, lo necesito. Gracias”.



**ANEXO IV
ASOCIACIONES
INTEGRADAS
EN FEJAR**



ACOJER

Asociación Cordobesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación
 Avda. Agrupación Córdoba s/n. Pabellón de Antiguo Hospital Militar / 14007 Córdoba (Córdoba)
 Tel. 957 401 449
 acojer@andaluciajunta.es - www.acojer.com

**AEXJER**

Asociación Extremeña de Jugadores de Azar en Rehabilitación
 c\ San Roque 3 / 06200 Almendralejo (Badajoz)
 Tel. 924 664 476 / 658 773 944
 aexjer@hotmail.com - www.aexjer.es

**AGAJA**

Asociación Gallega de Jugadores Anónimos
 Rúa Gregorio Espino 38 Entlo. Entreplanta-Oficina 2 / 36205 Vigo (Pontevedra)
 Tel. 886 119 586 / 667 648 229
 agaja@mundo-r.com - www.agaja.org

**AGALURE**

c/ Pasteur, 30 / 15008 A Coruña (A Coruña)
 Tel. 981 289 340
 agalure@agalure.com - www.agalure.com

**AJER**

Asociación de Jugadores en Rehabilitación "Virgen del Puerto"
 Ctra. Del Puerto s/n Paraje Valcorchero Pabellón 10 / 10600 Plasencia (Cáceres)
 Tel. 927 421 011
 ajer@ajerplasencia.org - www.ajerplasencia.org

**AJUPAREVA**

Asociación de Jugadores Patológicos Rehabilitados de Valladolid
 Avda. del Valle de Esqueva, 8 / 47011 Valladolid (Valladolid)
 Tel. 98 331 03 17 / 635 957 473
 ajupareva@ajupareva.es - www.ajupareva.es

**ALEJER**

Asociación Leganense de Jugadores de Azar en Rehabilitación
 c\ Mayorazgo, 25 Desp. 18 (Hotel de Asociaciones) / 28915 Leganés (Madrid)
 Tel. 916 806 048
 alejer.leganes@gmail.com - www.alejer.com

**APAL**

Asociación para la Prevención y Ayuda al Ludópata
 c\ Elfo, 14 Entlo. D / 28027 Madrid (Madrid)
 Tel. 914 076 899 // 658 699 543
 apalmadrid@hotmail.com - www.apalmadrid.org

**APREJA**

Asociación para la Prevención y Rehabilitación de Jugadores de Azar
 Centro de Tratamiento Ambulatorio exclusivo de Juego Patológico.
 c\ Antonio Machado, 2 A Local 2 / 21007 Huelva (Huelva)
 Tel. 959 230 966 // 627 76 40 40
 apreja@andaluciajunta.es

**ARALAR**

Asociación Ludópatas de Navarra
 Casas de San Pedro 23 Bajo izda. / 31014 Pamplona.
 Tel. 848 41 48 49 / 665 802 545
 asociacionaralar@yahoo.es

**ASEJER**

Asociación Sevillana de Jugadores de Azar en Rehabilitación
 c/ José Jesús García Díaz, 4 esc. 1 pl. 1 "Edificio Henares" / 41020 Sevilla (Sevilla)
 Tel. 954 908 300
 presidencia@asejer.es - www.asejer.com



EKINTZA ALUVIZ

Asociación de Ayuda a Ludópatas de Vizcaya
c/ San Juan, 26 Bajo / 48901 – Barakaldo (Bizkaia)
Tel. 944 388 665
ekintza.aluviz@telefonica.net - www.ekintzaaluviz.com



LAR

Ludópatas Asociados Rehabilitados
c\ Escritor Rafael Pavón, 3 / 14007 – Córdoba (Córdoba)
Tel. 957 257 005
asoc.cordobesa.lar@gmail.com



LARCAMA

Ludópatas Asociados en Rehabilitación de Castilla La Mancha
Fundación Fislem
Avda. Purísima Concepción, 31 Bis / 45006 Toledo (Toledo)
Tel. 655 347 692
toledo@larcama.com - www.larcama.com



Avda Pío XII s/n (Centro de Especialidades) / 13002 Ciudad Real (Ciudad Real)
Tel. 633 443 483
ciudadreal@larcama.com - www.larcama.com

LARPA

Ludópatas Asociados en Rehabilitación del Principado de Asturias
c\ Pérez de la Sala, 29, 1ªA / 33007 Oviedo (Principado de Asturias)
Tels. 984 181 183 / 667 796 862
larpa@larpa.es - www.larpa.es



NUEVA ESPERANZA

Asociación de Ayuda a Jugadores en Rehabilitación de la Región de Murcia
Pza. de San Julián, 5, 3ªC / 30004 Murcia (Murcia)
Tel. 647 858 761
nuevasesperanzamurcia@hotmail.com - www.asocnuevasesperanza.com



NUEVA VIDA

Asociación de Jugadores Rehabilitados Nueva Vida
Avda. de la Constitución , 27 Entlo. A / 03400 Villena (Alicante)
Tel. 965 806 208 / 618 646 338
correo@asocnuevavida.org - www.asocnuevavida.org



PATIM

Asociación para la Intervención e Integración en Adicciones y Otras Conductas
Comunidad Terapéutica. Castellón: 629 427 797
Sede Castellón:
Plaza Tetuán, 9 / 12001 Castellón de la Plana (Castellón)
Centro de Día. Castellón: 964 342 431

Sede Valencia:
C/ Guillem Despuig, 9, bajo / 46018 Valencia
Centro de Día. Valencia: 963 824 671
patim@patim.org - www.patim.org



VIDA LIBRE

Asociación Alicantina de Afectados por la Ludopatía y Otras Adicciones
c\ Serrano, 5 Bajo / 03003 Alicante (Alicante)
Tel. 966 377 779
vidalibre.ludopatia@gmail.com - www.vidalibre-alicante.org



FAJER

Federación Andaluza de Jugadores de azar Rehabilitados
c\ Manuel España Lobo, 5 / 29007 Málaga (Málaga)
Tel. 627 000 780
info@fajer.es - www.fajer.es





fejar@fejar.org
www.fejar.org
900 200 225

GUÍA CLÍNICA ESPECÍFICA JÓVENES Y JUEGO ONLINE

FINANCIADO POR:

