



GUÍA CLÍNICA ESPECÍFICA

MUJER Y JUEGO

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 02312-2018

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 |
| » Características diferenciales de las mujeres jugadoras: | 16 |
| Tipo de juego | 17 |
| Inicio y progresión del problema del juego | 17 |
| Comorbilidad | 18 |
| » Aspectos psicosociales | 20 |
| » Intervención en este sector | 26 |
| » Conclusiones | 38 |
| » Referencias bibliográficas | 40 |
| » Anexo I. Caso clínico mujer | 42 |
| » Anexo II. Asociaciones integradas en Fejar | 44 |

“Una **verdadera luchadora** no es la que siempre gana, sino la que a pesar de sus derrotas nunca se rinde”.



**“Jugadora, si te acercas
a la **puerta de tu
rehabilitación**, recibirás
un abrazo de bienvenida”.**





INTRODUCCIÓN



Las mujeres con problemas de adicción al juego han existido siempre. Hemos recibido en nuestras asociaciones numerosas mujeres con problemas graves de juego que han afectado de manera muy importante toda su vida. Sin embargo, los estudios muestran que son más mujeres afectadas que aquellas que acuden a los centros de tratamiento. Esta guía trata de profundizar en la problemática específica que sufre la mujer jugadora, que además de la problemática adictiva, sufre mayor estigma social y utiliza el juego de manera diferente que los hombres jugadores. Estas reflexiones han llevado a realizar planteamientos que ayuden a mejorar los tratamientos que reciben las mujeres para que sean específicos a sus necesidades y a su manejo emocional, entre otros. Asimismo, es importante que sigamos trabajando a través de campañas de sensibilización e información y que lleguen más y mejor al colectivo femenino para que puedan recibir tratamientos mejores y más adecuados y que, al mismo tiempo, como sociedad demos pasos para eliminar el estigma de la mujer jugadora.

**Esta guía ofrece algunas
claves y reflexiones que
esperamos puedan servir
de ayuda en este proceso.**



**TRASTORNO
POR JUEGO.
CRITERIOS
DIAGNÓSTICOS**

El juego patológico consiste en una conducta de juego desadaptativa persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, y que afecta a áreas como la persona, familiar y/o vocacional (APA, 2013). Este trastorno ha sido clasificado como un trastorno adictivo en el DSM-5, tras haber sido categorizado como un trastorno del control de los impulsos en ediciones anteriores. Actualmente es la única adicción sin sustancia que es reconocida como tal en estas clasificaciones (APA, 2013), puesto que comparte numerosas características y paralelismos con las adicciones con sustancia, con las que es altamente comórbido en muchos niveles, como el psicosocial, fisiológico, o genético, así como la similitud del tipo de tratamientos que son empleados en ambos (Petry, 2006). Concretamente, los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 (APA, 2013) son los siguientes:

Criterios diagnósticos – DSM- 5

Criterio A

Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta 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.

Criterio B

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

En cuanto a las características de los criterios diagnósticos en mujeres, un estudio de Crisp et al. (2004) basado en los criterios establecidos por el DSM-IV mostró, que las tasas de cumplimiento de los mismos eran similares en términos generales entre hombres y mujeres. Sin embargo, existen determinados criterios en los cuales se observa un mayor ratio de cumplimiento por parte de las mujeres, como por ejemplo el juego como forma de escapar de problemas, o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico, entre otros mientras que otros tendrían un mayor cumplimiento en hombres, como por ejemplo la comisión de actos ilegales para poder financiar el juego.

Crterios DSM-IV en funci3n del g3nero (crisp et al., 2004)

|  | Mujeres | Hombres |
|---|---------|---------|
| Preocupaci3n frecuente por jugar | 59.4% | 64.8% |
| Necesidad de jugar cantidades mayores de dinero | 54.3% | 52.2% |
| Intentos repetidos sin 3xito para controlar, reducir o parar el juego | 67.5% | 68.5% |
| Intranquilidad o irritabilidad cuando se intenta reducir o parar el juego | 59.1% | 58.1% |
| El juego como estrategia para escapar de problemas, o para mitigar un estado de 3nimo deprimido o disf3rico | 80.8% | 75.4% |
| Despu3s de perder dinero en el juego, volver al d3a siguiente para intentar recuperarlo | 75.5% | 78.7% |
| Mentiras a miembros de la familia, terapeutas u otros, para ocultar el grado de importancia del juego | 68.3% | 69.3% |
| Comisi3n de actos ilegales como: fraude, falsificaci3n, robo o desfalco, para poder financiar el juego | 24.9% | 33.3% |
| Arriesgar o perder una relaci3n de importancia, trabajo, u oportunidad escolar o laboral a causa del juego | 46.4% | 59.5% |
| Enga3os repetidos para conseguir dinero con el que mitigar la desesperada situaci3n financiera, en la que se encuentra, debida al juego | 53.0% | 56.8% |

Prevalencia del juego patol3gico en funci3n del g3nero

Distintos estudios muestran una prevalencia de en torno al 2% en el juego patol3gico (Mu3noz-Molina, 2008). En cuanto a la distribuci3n por g3nero, en poblaci3n general adulta se han encontrado tradicionalmente prevalencias de juego patol3gico con un ratio de aproximadamente 2:1 entre hombres y mujeres (Shaffer et al., 1997). Jacobs (2004) estim3 que el ratio entre chicos y chicas adolescentes con un problema grave de juego tendr3a un ratio de 3:1. No obstante, como consecuencia de nuevas formas de juego como el juego online, la prevalencia del juego patol3gico est3 en incremento constante, por lo que estos datos podr3an no corresponderse con la proporci3n actual de mujeres jugadoras (Wood y Williams, 2009). De hecho, datos m3s recientes indican que se han hallado hasta porcentajes del 40% de mujeres jugadoras frente a un 60% de hombres (Blanco et al., 2006; Petry et al., 2006). Actualmente, el juego se est3 convirtiendo en una actividad habitual en mujeres, y se est3 encontrando que podr3an estar jugando con la misma frecuencia que los hombres (Boughton y Falenchuk, 2007; Delfabbro, 2009); por ello, aunque los porcentajes actuales de mujeres que presentan juego patol3gico son todav3a menores, constituyen un porcentaje considerable dentro de las personas con esta problem3tica (Kessler et al., 2008; Petry, Stinson, y Grant, 2005).

Dada la mayor prevalencia tradicional en hombres, mucha de la investigación sobre la etiología y tratamiento del juego patológico ha incluido de manera predominante (y en ocasiones, exclusivamente) a hombres, lo que ha sesgado de manera consistente y recurrente el conocimiento actual disponible sobre el juego en mujeres. Esto a su vez repercute en la prevención y el tratamiento, que se basan en información hallada generalmente en hombres, sin tener en cuenta las circunstancias y características específicas de las mujeres jugadoras, pese a que clínicamente se encuentra diferencias manifiestas entre hombres y mujeres (Stewart y Kushner, 2003).

No obstante, estos datos reflejan en muchas ocasiones la realidad de los centros asistenciales, en las que se suele observar un perfil predominantemente masculino (Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2003), pero a los cuales no acuden todas las personas afectadas por el juego patológico sino un pequeño porcentaje de las mismas (Blanco et al., 2006). El estigma asociado al juego patológico en mujeres hace que éstas lo vivan con mayor culpabilidad y vergüenza, lo que repercute directamente en que las mujeres tiendan a solicitar ayuda con mucha menor frecuencia que los hombres (McCormack et al., 2014). Se ha señalado que, aunque los hombres puedan jugar en mayor proporción, no habría diferencias en el impacto del juego en cuanto a posibilidades de desarrollar una problemática posterior de juego. En este sentido, los porcentajes de personas que acaban cumpliendo criterios para ser diagnosticadas de un trastorno de juego es similar entre hombres y mujeres que juegan (Crisp et al., 2004). De hecho, estos autores indican que a medida que se feminiza el juego a través de juegos que resultan más accesibles y socialmente más aceptados por las mujeres, se incrementa la aparición de problemas de juego en las mismas. En los últimos años, se está reportando que habría más mujeres jugadoras, y como consecuencia, un incremento del número de mujeres que desarrollarían una adicción al juego (Berry, Fraehlich, y Toderian, 2002; Davis y Avery, 2004).

Por tanto, la cifra real de mujeres con un problema de juego podría ser muy superior, y los porcentajes proporcionados podrían subestimar el impacto del juego. Sin embargo, las mujeres refieren tener un gran número de barreras para acceder a tratamiento, como por ejemplo emocionales (sentimientos de culpa y vergüenza), interpersonales (preocupación por la confidencialidad, miedo a ser juzgada), estructurales (distancia al centro de asistencia, accesibilidad del mismo, falta de tiempo para asistir, preocupación por hablar en grupo o rechazo a hablar de sí misma), o relacionados con la propia etapa de recuperación, como es el posicionarse en etapas de precontemplación y contemplación de acuerdo al modelo de estadios del cambio (Prochaska y DiClemente, 1992), en las cuales la conciencia del problema es limitada y no se ha iniciado una conducta de cambio (Piquette-Tomei et al., 2008). Además, las características de las mujeres jugadoras son diferentes a las de los hombres, a nivel personal, interpersonal y contextual, que resulta crucial conocer para poder intervenir en las personas aquejadas por este problema.



The image features a woman with long, light brown hair, her hands pressed against her temples, and her head bowed in a gesture of stress or frustration. The background is a soft, out-of-focus grey. At the top, an orange vertical banner contains several white line-art icons: a circular network diagram, a stack of playing cards, a mobile phone, and a card with the number '7'. Below these icons, the title is written in white, bold, uppercase letters.

**CARACTERÍSTICAS
DIFERENCIALES
DE LAS MUJERES
JUGADORAS**

TIPO DE JUEGO

La investigación previa ha mostrado un patrón relacionado con el género en cuanto a preferencias de juego y motivación por jugar. Los hombres tienden a elegir juegos con un mayor nivel de acción y competitividad, como las apuestas deportivas, mientras que las mujeres tienen una mayor tendencia a usar juegos menos estratégicos, como el bingo, las máquinas tragaperras o la lotería. Asimismo, las mujeres tienden a preferir un espectro más estrecho de actividades de juego frente a los hombres, mostrando preferencia por juegos basados en el azar, como las máquinas tragaperras, bingo o rasca y gana, mientras que los hombres tienen a abarcar un mayor número de juegos, prefiriendo aquellos basados en la habilidad, como las cartas, carreras o apuestas deportivas (Blanco et al., 2006; La Plante et al., 2006; Nower y Blaszczynski, 2006).

Esto se fundamenta en que los hombres muestran una mayor impulsividad y búsqueda de sensaciones y la ganancia económica, mientras que las mujeres tienen una mayor tendencia a jugar como forma de escape (Potenza et al., 2001). Las mujeres tienden a referir una mayor motivación por jugar basada en la necesidad de escapar de circunstancias vitales estresantes y aliviar estados anímicos negativos, como la ansiedad o la depresión (Bicego, 2002). Las mujeres con problemas de juego patológico muestran una tendencia a haber tenido una serie de circunstancias vitales y contextuales que podrían explicar esta tendencia. Por ejemplo, tendrían una mayor tendencia a presentar problemas en las relaciones interpersonales como problemas familiares o conyugales, estar viudas o divorciadas, ser víctimas de violencia en la pareja, haber tenido una historia previa de pérdida de un ser querido o haber sufrido abuso emocional y físico (Gonzalez-Ortega et al., 2015; Ibañez et al., 2003). En este sentido, las emociones negativas serían el principal precipitante de recaídas en mujeres (Hodgins y El-Guebaly, 2004). Por su parte, los hombres presentan rasgos más impulsivos, tener un mayor número de rasgos antisociales y de búsqueda de sensaciones, una mayor tendencia a presentar problemas comórbidos de alcoholismo y a realizar actividades ilegales para financiar su conducta de juego (Ladd y Petry, 2002).

También se ha señalado que las preferencias de tipos de juego estarían influenciadas tanto por aspectos culturales como por la disponibilidad y aceptación social de los distintos tipos de juego tanto en hombres como en mujeres (Hing y Breen, 2001). Las mujeres tendrían mayor tendencia a jugar solas y a esconder el alcance de su conducta de juego a amigos y familiares (Lesieur y Blume, 1991; Strachan y Custer, 1993). De acuerdo a Volberg (2003), la disponibilidad creciente de actividades de juego en locales más frecuentados por mujeres es uno de los aspectos que ha influenciado de forma importante que las mujeres jueguen en mayor medida que antes. Las mujeres tienen también preferencia por formas de juego legales, de forma que la legalización de las distintas formas de juego también tiene un efecto patente en una mayor actividad de juego en las mujeres (Potenza, 2001; Corney y Davis, 2010).

INICIO Y PROGRESIÓN DEL PROBLEMA DEL JUEGO

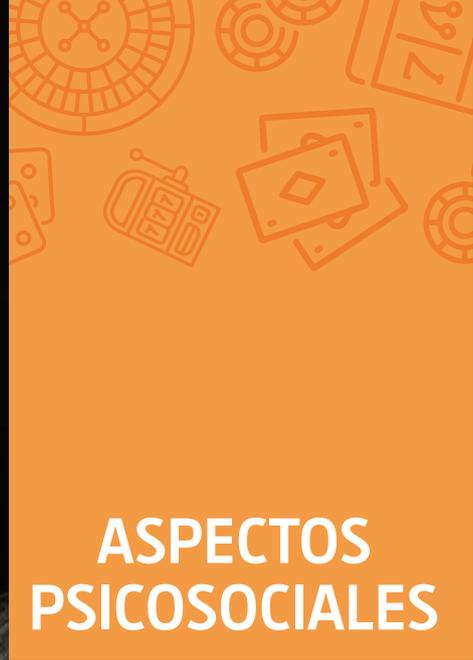
Respecto a la progresión del problema de juego, las mujeres se iniciarían de forma más tardía al juego, con desfase de hasta 14 años entre hombres y mujeres en cuanto a la edad de inicio, pero la progresión del problema sería mucho más rápida en las mujeres (Grant y Kim, 2002). Las mujeres que juegan tardarían menos tiempo desde que empiezan a jugar hasta que el juego pasa a ser problemático y solicitan tratamiento para el mismo. Se ha sugerido que esto podría deberse a que las máquinas tragaperras es uno de los juegos por los que las mujeres mostrarían preferencia, el cual es un juego con gran potencial adictivo y que genera consecuencias problemáticas rápidamente (Petry, 2003). De todos modos, los estudios más recientes, indican que los datos entre hombres y mujeres estarían convergiendo entre jóvenes y adolescentes, de tal manera que las mujeres estarían iniciándose en el juego a edades mucho más tempranas que anteriormente. Por tanto, la edad de inicio en las mujeres estaría bajando e igualándose con la de los hombres en la adolescencia y juventud (Slutske et al., 2014).

COMORBILIDAD

La comorbilidad constituye un aspecto clave para entender las causas y consecuencias del juego patológico. En este sentido, la mayoría de los jugadores presentarían comorbilidad, pero las mujeres tendrían un mayor número de problemas comórbidos que los hombres (Westphal y Johnson, 2003). Como se ha mencionado anteriormente, las mujeres con problemática de juego tienen tendencia a presentar trastornos ansiosos y depresivos comórbidos, mientras que los hombres muestran mayores tasas de comorbilidad con abuso de alcohol u otras sustancias que las mujeres (Dannon et al., 2006), aunque las mujeres podrían presentar un mayor uso de tranquilizantes que los hombres (Westphal y Johnson, 2003). Tal como se ha mencionado previamente, las mujeres presentan un mayor número de problemáticas psicosociales previas al juego, como historia familiar de abuso de alcohol y drogas, violencia doméstica, desempleo, o problemas interpersonales o familiares, que unidos a la presencia de trastornos psiquiátricos, pueden conducir al uso de juego como forma de escape (Holdsworth et al., 2013). Los sentimientos de soledad también están muy relacionados con el juego patológico en mujeres, ya que el sentimiento de aislamiento social es uno de los motivos que refieren para jugar, del mismo modo que el juego termina por provocar el aislamiento social de las personas que juegan; la soledad y el aislamiento aumentarían a medida que decrece el control sobre el juego (Trevorrow y Moore, 1998).

Por todo ello, resulta fundamental visibilizar la problemática de juego en mujeres, teniendo en cuenta que podría afectar a más personas de las que se estiman actualmente, y que las características que presenta este colectivo son diferentes a las que se manifiestan en hombres. El abordaje tanto preventivo como terapéutico requiere tener en cuenta las diferencias de género en cuanto a la aparición, progresión y circunstancias intra e interpersonales que afectan a la conducta de juego (Martins, Lobo, Tavares, y Gentil, 2002), puesto que los tratamientos que responden a las necesidades específicas de género son un componente clave para la intervención con mujeres con adicciones (Currie, 2001).





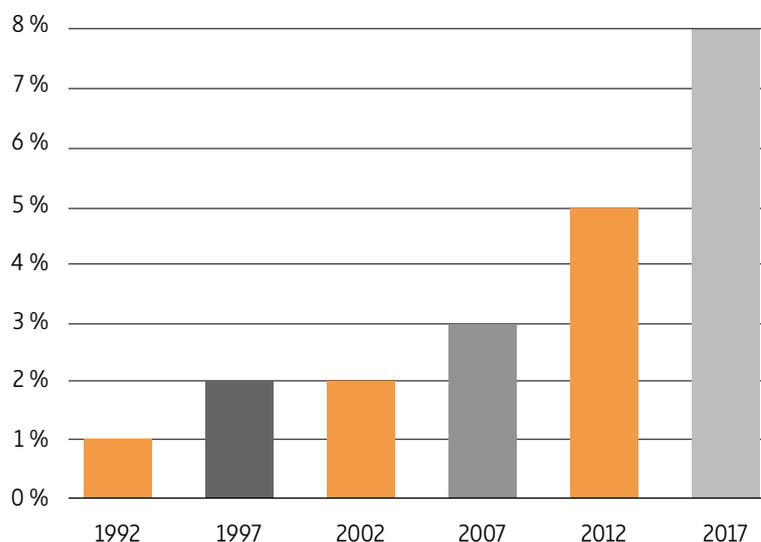
**ASPECTOS
PSICOSOCIALES**



Aunque pensemos que esta guía no tendría que llegar a tenerse que escribir, por el momento resulta necesaria. En todos los contextos (político, económico, social) se está intentando equiparar a la mujer con respecto al hombre en cuanto a derechos. Sin embargo, las desigualdades siguen estando muy presentes (en el reparto de roles familiares, en el salario, el acceso a cargos de mayor responsabilidad laboral, etc.), y en cuanto concierne a la adicción al juego, el apoyo que recibe la mujer por parte de su círculo social y familiar, así como los recursos para su rehabilitación (acceso y tratamiento), también. Desde FEJAR, durante los 27 años de andadura, han pasado un número nada despreciable de mujeres para rehabilitarse de su dependencia al juego, a pesar de ser sólo una minoría las mujeres con trastorno por juego las que llegan a solicitar ayuda.

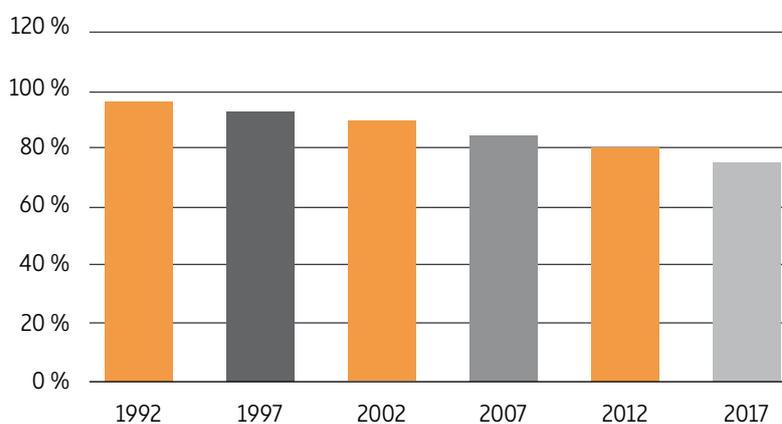
Del total de datos registrados de los que cuenta F.E.J.A.R. desde sus inicios hasta 2017, nos encontramos con que en 1992 las mujeres constituían tan sólo el 1% de los enfermos totales en rehabilitación. En 2017 fueron el 8%, cifra ocho veces superior, pero aun así sabemos que es totalmente insuficiente, pues desde hace años existen indicios de que las mujeres con adicción al juego son aproximadamente un tercio del total de afectados por trastorno por juego.

Tabla 1. Porcentaje de mujeres en tratamiento en asociaciones FEJAR.



Este porcentaje se invierte si nos referimos al número de mujeres que acuden a las asociaciones como familiares de enfermos, es decir, como co-terapeutas o acompañantes de jugadores varones. En este caso las mujeres conforman el 74%, frente al 26% de familiares acompañantes varones.

Tabla 2. Porcentaje de mujeres acompañantes en asociaciones FEJAR.



Estos datos avalan lo expuesto en la presente guía con respecto a las características y circunstancias de la mujer, y justifican por sí solas la necesidad de tener en cuenta dichas circunstancias y de trabajar para conseguir que muchas más mujeres lleguen hasta nuestras asociaciones (puesto que hay muchas más de las que llegan a solicitar ayuda) y, una vez allí, que puedan realizar su rehabilitación en las mismas condiciones o con las mismas oportunidades de las que goza el varón.

Como ya se expuso en la guía “Juego y Comorbilidad” la realidad es que resultan un porcentaje mínimo las mujeres que acuden a pedir ayuda a las asociaciones de ludópatas (representan el 10% en el mejor de los casos cuando el porcentaje de mujeres que tienen problemas con el juego es aproximadamente un tercio de los jugadores patológicos). Desde FEJAR se trabaja por acercar las campañas informativas a este grupo de población, y conseguir atraer a tratamiento a un mayor porcentaje de mujeres que padecen trastorno por juego. Una vez nos garanticemos que la información llega correctamente a este colectivo, somos conscientes que debemos poder vencer las siguientes barreras que pueden impedir que la mujer llegue a nuestras asociaciones, como son:



_ Vencer los tabús (todavía en algunos contextos y grupos de edades se considera que los “vicios” y/o adicciones son cosa del género masculino).

_ En el caso de mujeres económicamente dependientes resulta tremendamente difícil que la mujer dé el paso de reconocer su adicción y por tanto iniciar su rehabilitación, por la importante carga de culpabilidad y miedo a la reacción familiar.

_ A menudo resulta difícil para la mujer (aunque sea conocedora de los medios y recursos para rehabilitarse de su dependencia, y de que reconozca abiertamente su trastorno por juego) poder cumplir con una de las recomendaciones de la rehabilitación: acudir a terapia con regularidad, y aún más complicado es que lo haga acompañada de un familiar que se implique en su terapia y que realice funciones de co-terapeuta. Y esto es así precisamente porque la mujer es quien tradicional y culturalmente ha ejercido y sigue ejerciendo el rol de cuidadora tanto de ascendientes, como de descendientes e incluso de iguales (pareja, hermanos dependientes).

_ Cuando después de sortear todos los obstáculos previos solicitan finalmente ayuda se encuentran con grupos de terapia altamente heterogéneos para ellas (la heterogeneidad se da tanto en sexo como en edad); además de acudir con escaso y/o muchas veces nulo apoyo socio-familiar. Este hecho genera todavía mayor confusión y sentimientos de culpabilidad e incompreensión.

Cuando decimos grupos de terapia de autoayuda heterogéneos en sexo nos referimos a que la ratio hombre/mujer no suele superar en el mejor de los casos la relación 9:1. Esto significa que en un grupo normal de terapia de entre 10 y 20 enfermos a menudo habrá como mucho una única mujer. En este contexto de clara mayoría masculina, se dan además otras diferencias: la mujer tradicionalmente se ha iniciado en el juego (al igual que ocurre en otras adicciones) a una edad más tardía que el hombre; si a esto añadimos que el proceso hasta que se llega a terapia es más prolongado para la mujer, nos encontramos con que ésta, cuando accede a tratamiento, llega con una media de edad a veces bastante superior a la media masculina.

No obstante, en los últimos años se está iniciando una tendencia a la equiparación en cuanto a edad de inicio del juego (al igual que ha ocurrido también con consumos de sustancias), en el caso del juego facilitado por el juego online (si bien los juegos que resultan atractivos a las mujeres difieren de los juegos de predominio de uso masculino, los operadores de juego en este caso no se han olvidado de la mujer, y ofertan y publicitan bingo online, por ejemplo, con personajes muy televisivos y de amplia aceptación femenina).

Si nos referimos a videojuegos (juego en ausencia de apuesta), un estudio publicado en 2014 por Entertainment Software Association ha revelado que un 48% de los usuarios de videojuegos en Estados Unidos son mujeres. El crecimiento en ese número es notable, ya que en 2010 dicho porcentaje era del 40%. Y esta misma tendencia parece estar dándose también en el caso del juego de azar con apuestas.

Según la Asociación Española del Videojuego, en 2016 el 44% de los jugadores eran mujeres. Y, admiten,

***“Las mujeres llevan jugando mucho tiempo, pero al igual que ha ocurrido en otros contextos, han tenido que jugar ocultando sus nombres”.**

Así mismo, confirman la existencia de insultos sexistas por parte de jugadores masculinos hacia las féminas en los juegos multijugador en línea: **“Les dicen que son prostitutas, gordas, feas o malas jugadoras”**. En este contexto, no va a resultar fácil animar a una mujer que sienta que se le ha ido de las manos el uso del juego, a pedir ayuda.

Otro factor que genera diferencia entre géneros es, como ya hemos adelantado, la edad de inicio de la problemática de juego, siendo en el caso de la mujer más tardío que en el varón. Este factor tiene su explicación en la realidad ya explicada en nuestra introducción de que los factores desencadenantes de la adicción al juego son distintos en hombre y mujer.

Los factores intervinientes en el hombre son de mayor afectación en edades más tempranas (la impulsividad decrece por regla general a medida que se incrementa la edad), mientras que los trastornos en el estado de ánimo en el caso de la mujer se van incrementando a medida que aumenta la edad, viéndose favorecidos por multitud de factores: cambios físicos y/u hormonales y adaptativos (síndrome de nido vacío por salida de hijos del hogar; cuidado de ascendientes u otras personas dependientes, violencia de género; etc.), estos trastornos del estado de ánimo adaptativos muchas veces acaban cronificándose y convirtiéndose en trastornos depresivos mayores, distimias, o trastornos del estado de ánimo en general de difícil restablecimiento o remisión.

Comorbilidad en la mujer jugadora

Tal y como se expuso en el reciente “Seminario de Intervención específica. Comorbilidad con sustancias, Jóvenes y juego online, Mujer y juego”), la mujer presenta una comorbilidad distinta al hombre en el juego patológico y otro/s trastorno/s asociado/s:

* Los **trastornos afectivos** que presenta la mujer jugadora suelen preceder al trastorno por juego. Es decir, existe un trastorno depresivo o síndrome afectivo que lleva a la mujer a refugiarse en el juego como escape a sus problemas vitales reales o percibidos. Por el contrario, en el varón los trastornos afectivos se instauran más frecuentemente como consecuencia de los problemas generados por el trastorno por juego.

* La mujer en la terapia de grupo de autoayuda facilita la **expresión emocional** al resto de participantes mayoritariamente hombres. Dicha expresión emocional cuesta mucho conseguir en los varones. Este es un aspecto en el que el grupo se ve beneficiado por la presencia femenina, la mujer aporta en este sentido mucha ayuda al grupo, pero el grupo en este sentido no está capacitado para devolver la misma ayuda a la mujer. Eso no significa que el grupo no haya arropado e intentado integrar a la mujer, pero las herramientas utilizadas son diferentes.

* Especial importancia y atención debemos conceder a la **violencia de género** (aunque como tal no constituya un trastorno psicopatológico, pero las consecuencias del mismo sí generan diversas patologías en la mujer (trastorno por estrés postraumático, trastornos ansiosos, del estado de ánimo, etc.), además de aislamiento social y otras consecuencias psicosociales. Si en la población general esta problemática está, por desgracia, muy presente, y afecta a mujeres tanto nacionales como extranjeras, con o sin estudios, e incluso a mujeres económicamente independientes, el riesgo de sufrir violencia de género (especialmente verbal y psicológica) se multiplica exponencialmente en el caso de la mujer con trastorno por juego.

El problema de las consecuencias que acarrea la adicción se agrava cuando la adicción sale a la luz, en el caso de la mujer ésta no suele encontrar el apoyo familiar o social necesario para una mejor o más fácil rehabilitación. Y no sólo no suele ser apoyada, sino que, en muchas ocasiones, acaba siendo víctima de menosprecios o abusos por parte de la pareja.

Pero no sólo encontramos violencia de género en la mujer con trastorno por juego como consecuencia del “descubrimiento” del problema, sino que como ya exponíamos más arriba, uno de los principales desencadenantes de juego en la mujer es la evasión de problemas. Y, cómo no, un motivo más que “justificado” de evasión de problemas en la mujer es la violencia de género. Es decir, que la mujer ludópata sufre violencia de género antes y/o tras la adicción.

Otro factor que genera diferencia entre géneros es la comorbilidad del juego con otras adicciones, ya que también existen diferencias de género entre los ludópatas. En el caso de algunos varones jugadores coexiste la adicción al alcohol, tabaco y algunas drogas ilegales, mientras que en el caso de la mujer las adicciones que coexisten con el trastorno por juego son: tabaquismo, alcoholismo y tranquilizantes.





INTERVENCIÓN EN ESTE SECTOR



Por todo lo hasta ahora expuesto, creemos que quedan patentes las diferencias entre hombre y mujer: en el modo de juego, momento de inicio, progresión de la enfermedad, características psicológicas, afrontamiento del tratamiento, etc. Por ello, desde FEJAR consideramos que debe existir un firme compromiso social e institucional, orientado a la ayuda específica a la mujer, orientándonos hacia la consecución de los siguientes objetivos:

- » Que las campañas de sensibilización e información lleguen más y mejor al colectivo femenino.
- » Que, una vez conseguido el objetivo anterior, las mujeres acudan a las asociaciones en busca de ayuda para superar su trastorno adictivo, y no sólo que acudan ellas, sino que lo hagan acompañadas y que puedan contar con familiares de apoyo en la rehabilitación al igual que sus compañeros varones.
- » Por último, y la principal razón que fundamenta la presente guía, es ofrecer, desde nuestras asociaciones, una intervención específica para las mujeres con trastorno por juego.

Como ya se ha expuesto en el apartado “aspectos psicosociales”, la mujer se enfrenta a un largo y difícil recorrido dentro de la adicción hasta que, en el mejor de los casos, consigue llegar a recibir tratamiento en una de nuestras asociaciones. Un aspecto positivo y de buen pronóstico hacia su rehabilitación será el hecho de que (como en un porcentaje aún muy alto de casos la mujer solicita ayuda a la asociación de forma individual, es decir, llega sola, sin apoyo social o familiar), la mujer que ha solicitado ayuda lo ha hecho ya en términos generales, con cierta **motivación** (ya que en el caso del varón, éste acude voluntariamente pero en la mayoría de casos bajo la presión social o familiar al conocerse el problema).

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). Mientras que en el caso del varón éste quizás no encuentre la motivación de pedir ayuda por su adicción al juego hasta el último de los escalones, la mujer con frecuencia presenta necesidades ya en el tercer nivel. Por tanto, y en base a esta teoría, cabe esperar que la mujer que llega a una asociación de rehabilitación de ludopatía lo haga con un moderado nivel de motivación.

Tras la llegada de la mujer a la asociación previo contacto con la misma, se inicia el proceso de ayuda: la **entrevista de acogida y motivacional** (como venimos exponiendo, con frecuencia resultará harto difícil para la mujer haber conseguido llegar a este punto, pero una vez en la asociación, esta primera fase de acogida y motivacional será posiblemente más sencilla en su caso, al venir ya con altas dosis motivacionales).

La acogida de una nueva persona enferma en la asociación se realiza de forma general por una persona jugadora patológica rehabilitada. En la medida de lo posible dicha acogida se intenta que la realice una persona que pueda resultar lo más afín posible a la recién llegada, es decir, que posea una edad similar, que comparta dificultades en cuanto a apoyos, tipos de juego predominantes, etc. Y, por supuesto, un aspecto crucial es que la mujer jugadora se sienta identificada en cuanto a género. La mujer se podrá sentir mucho más identificada con la acogida por parte de otra mujer jugadora que por parte de un hombre; sin embargo, y dado el escaso número de mujeres existentes en las asociaciones, no siempre va a poder ser un objetivo fácil de conseguir. En esta primera entrevista de acogida en primer lugar se realiza un cribado: el primer paso es constatar que la mujer recién llegada posee, en efecto, un trastorno por juego, es decir, que cumple los criterios diagnósticos del mismo.

Debemos señalar que las fases del tratamiento en la mujer son comunes a las del varón; lo que difiere 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, se exponen las normas de funcionamiento de la asociación y se explica todo el proceso terapéutico. Durante este proceso se debe trabajar, insistimos, el aspecto motivacional, en el caso de la mujer que ha solicitado ayuda la entrevista motivacional debe focalizarse en que entienda la importancia no sólo de salir de su adicción sino de no hacerlo ella sola.

En el supuesto de que la mujer acuda acompañada a la asociación, se le explicará/n también al/los acompañante/s las pautas que debe/n seguir en su ayuda como co-terapeuta/s. Si bien es cierto, y volviendo a lo infrecuente que resulta que la mujer tenga apoyo familiar en su rehabilitación, que las características culturales y educacionales que han hecho tradicionalmente que la mujer cumpla un rol de cuidadora, ésta, lejos de pedir dicho apoyo a su pareja o hijos, tenderá a justificar su ausencia en la rehabilitación. Veamos el ejemplo de la mujer jugadora “M”, de una de nuestras asociaciones, durante su proceso de rehabilitación:

* “Mi marido y mis hijos no tienen tiempo para acompañarme a terapia, pero no es importante”.

Pues sí, nada más lejos de la realidad, resulta de gran importancia, y en muchos casos imprescindible para la jugadora, acudir a terapia acompañada. El familiar o acompañante recibe información y pautas en todo momento acordes al momento de la rehabilitación en que se encuentre la enferma; así como apoyo emocional para afrontar este duro proceso para todos. Pero a su vez el familiar o acompañante ofrece también gran ayuda a monitores y profesionales de la asociación que están ayudando a la mujer jugadora, al recibir de ellos otra información menos sesgada que la aportada por la subjetividad de la enferma.

Tras la acogida se procederá, como con el resto de jugadores patológicos, 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)

Tanto de la entrevista como de los cuestionarios (así como de la acogida) ya se van a obtener datos que nos permitirán afianzarnos en nuestra afirmación de que la mujer jugadora al llegar a la asociación parte de una situación diferente. Por ejemplo, en el caso de la paciente Isabel (nombre ficticio), el nivel de ansiedad al inicio del tratamiento era superior a la media de sus compañeros varones (durante el tratamiento será uno de los objetivos a trabajar específicamente con ella: causas y factores que puedan mantener el elevado nivel de ansiedad (estado y rasgo, según STAI).

De igual modo, observamos que, por término medio, la mujer obtiene, en general, puntuaciones más elevadas en la escala de screening de depresión (BDI-II). Si realizamos análisis de estos datos (avalándonos en los cientos de enfermos que tenemos en rehabilitación a lo largo de toda la geografía española), obtenemos que la mujer padece trastornos del estado de ánimo previos a la dependencia con mayor frecuencia que el varón, y que dicho estado de ánimo puede resultar un factor importante de precipitación hacia la dependencia, o incluso, hacia las recaídas. A esta carga anímica se suma el agravamiento tras la instauración de la adicción, por el importantísimo peso que ejerce el sentimiento de culpa en el caso de la mujer.

Por tanto, habrá que prestar especial atención a las mujeres en las que obtengamos en la evaluación inicial comorbilidad con trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo. Algunas ya vendrán pautadas farmacológicamente (incluso presentarán historia de años de tratamiento con psicofármacos). Recordemos que en el caso de la mujer el trastorno por juego es a menudo secundario e incluso precipitado por trastornos primarios en el estado del ánimo, y que esta característica es una de las muchas diferencias que encontramos con respecto al varón, y por las que se justifica un abordaje específico para la mujer. Pero habrá otras mujeres que presentando también trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo, nunca han sido diagnosticadas, y por tanto, tampoco tratadas.

En estos casos habrá que facilitarles la derivación a sus correspondientes centros de salud mental para que puedan pautarlas. De este modo el trabajo que simultáneamente realicemos desde las asociaciones será mucho más fructífero. Sobre todo, cuando el trastorno del estado de ánimo es primario con respecto al trastorno por juego y de mucho tiempo de evolución, la paciente no va a disponer de los recursos y fuerza necesarios para poder beneficiarse de todos los recursos terapéuticos que le ofrezca la asociación. Y aunque parezca obvio, debemos señalar también la importancia de realizar un trabajo interdisciplinar con las correspondientes unidades de salud mental.

Tras la confirmación del diagnóstico de trastorno por juego y de la evaluación de la situación de partida, la mujer ya puede incorporarse al **tratamiento**. La base de tratamiento de las asociaciones pertenecientes a FEJAR es la terapia de grupo. 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 en las asociaciones. En sus inicios todo jugador que recibía terapia en cualquiera de las asociaciones integradas en FEJAR era incluido 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, médicos, trabajadores 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 Mujer y Juego” celebrado en Fuenlabrada (Madrid) y organizado por F.E.J.A.R., donde se recogieron las aportaciones de todos los profesionales asistentes, trabajadores de las distintas asociaciones integradas en F.E.J.A.R., y en base a la experiencia de todos ellos en el trabajo diario en sus respectivas asociaciones: resulta **necesaria una intervención específica**, en la medida de lo posible, para la mujer en el tratamiento del trastorno por juego. Debemos ser conscientes de que los tratamientos de rehabilitación de ludopatía se gestaron inicialmente “para hombres”, al igual que ha ocurrido con los tratamientos de alcoholismo, drogas e incluso con muchos fármacos (los estudios experimentales con muchos fármacos se han hecho mayoritariamente con varones), a pesar de que luego los fármacos se han prescrito por igual a mujeres. Y como hemos expuesto, la mujer tiene su propia idiosincrasia, tanto a nivel físico y biológico como psicológico y social. Por tanto, los tratamientos al uso hasta la actualidad de rehabilitación de jugadores, no necesariamente han tenido que ser los más beneficiosos para la mujer, por estar enfocados para el tratamiento masculino.

Y planteamos la necesidad de una intervención específica para la mujer precisamente en un momento de nuestra historia en que las reivindicaciones por la igualdad entre hombres y mujeres son mayores que nunca. Incluso, dentro del colectivo de personas afectadas, usuarias de F.E.J.A.R., podemos escuchar alguna voz aislada de mujer que reivindica la “igualdad de trato” en los tratamientos de rehabilitación, manteniendo los grupos de terapia mixtos, independientemente de la edad, sexo, etc., pues el hecho de recibir un abordaje específico de su adicción no le haría sentirse en igualdad.

Volviendo a la intervención con la mujer, el inicio del tratamiento propiamente dicho es otro punto de inflexión en la terapia específica en mujer. Como se planteó en nuestro reciente “Seminario de Intervención Específica” celebrado en Fuenlabrada (Madrid), y que recibió la aceptación unánime de los profesionales asistentes al mismo, la mujer en su primer (o primeros) día/s de terapia debería recibir una asistencia diferente al hombre. La mujer cuando llega a las asociaciones lo hace con una necesidad imperiosa de expresar cómo se siente, cómo se ha sentido antes de llegar hasta allí, qué dificultades percibe en su vida cotidiana. Si se le incluye desde el primer día en una terapia grupal en la que predominen los varones (o incluso ella sea la única mujer), ésta probablemente se inhibirá y no podrá expresar lo que tanto está necesitando.

Aportamos un comentario realizado por una mujer en una terapia que ejemplifica este aspecto:

*** “El primer día pensé:
“¿dónde me he metido!
Todo hombres menos yo...”
y me acobardé”.**

Es decir, si nuestro objetivo es conseguir que la mujer una vez llegada a la asociación decida quedarse y rehabilitarse, habrá que facilitarle el camino y quitarle obstáculos, y qué mejor forma de hacerlo que **sentirse escuchada** y entendida. Precisamente una de las principales quejas con la que la mujer acude casi siempre a terapia de pareja (en la práctica clínica general) cuando la relación está al borde de la ruptura es que su pareja masculina no la escucha (o ella no se siente escuchada), a lo que el hombre, mucho más pragmático, responde con estupefacción que ya le ayuda a buscar soluciones a sus problemas... no entiende el enfado y malestar de su pareja. Y ella, extenuada, insiste: *“sólo necesito desahogarme... q me escuches...”*. Pues si los/as psicólogos/as en nuestra práctica clínica habitual tenemos tanta evidencia en este sentido, ¿por qué no vamos a entender esta misma necesidad en la mujer cuando tiene un problema de juego (y no sólo de comunicación o de relación con su pareja)?

Y, si en el tratamiento con jóvenes trabajamos por conseguir formar un grupo homogéneo en cuanto a edad, en el caso de la mujer va a resultar utópico conseguir la homogeneidad del grupo en cuanto a edad, pero al menos vamos a trabajar para conseguir la homogeneidad en cuanto a género: grupos específicos de mujer. No planteamos grupos de terapia de autoayuda de mujeres y hombres separados, sino que pueden (y deben) coexistir los grupos mixtos, pero las asociaciones deberíamos conseguir poder formar, además, grupos específicos de mujeres que pudieran reunirse con una frecuencia periódica (quincenal, mensual). Una de nuestras mujeres en tratamiento, en una de sus terapias refirió: *“Cuando oí hablar a la primera mujer en terapia me tiré tres semanas llorando”*. Es muy importante que la enferma en rehabilitación se sienta identificada con su grupo de terapia, que no es única. En palabras de Fulvia Prever, doctora en Psicología e investigadora: *“La dependencia afectiva para las mujeres (...) es un problema relevante, con connotaciones históricas y culturales notables; el modo en que más fácilmente las mujeres han accedido a las propias emociones más profundas es dentro de un grupo de iguales. La mujer busca a la mujer para dar voz a su propia alma, a su propio sufrimiento, a las violencias sufridas, al afecto y al amor buscado y negado, a la propia sexualidad a menudo reprimida”*.

En congruencia con lo que estamos exponiendo, las asociaciones también deberíamos ofrecer durante todo el proceso de rehabilitación la continuidad de este apoyo de facilitación emocional. En los casos en que por su reducido número de mujeres en tratamiento no puedan ofrecer terapia grupal específica de mujer (insistimos: sería siempre una terapia complementaria y nunca excluyente de la terapia de grupo mixta), deberán poder ofrecer terapia psicológica individualizada para la mujer, con la frecuencia que la mujer en cada caso requiera.

En la misma línea, dada la importancia que estamos detectando que tiene el que la mujer pueda tener su grupo de referencia femenino, pero a la vez la dificultad que tienen las asociaciones por poder ofrecer esta modalidad asistencial por la escasez de mujeres en tratamiento, desde FEJAR se están estudiando vías para lograrlo, y una de ellas que se encuentra actualmente “en estudio” es la posibilidad de ofrecer terapia grupal por videoconferencia, o vía “streaming”. En este caso las nuevas tecnologías podrían acercar a mujeres de las distintas asociaciones a la misma terapia grupal sin desplazarse de sus lugares de residencia. De este modo sería mucho más viable la posibilidad de reunir el número suficiente de mujeres para formar grupos de terapia.

Continuando con el tratamiento propiamente dicho, éste consta de varias fases:

La **fase de “INICIACIÓN”** de la rehabilitación, que tiene como objetivo general el cese de la conducta de juego evitando estímulos desencadenantes (control de estímulos), 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 todo 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 de 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 (Echeburua, 2005).

Algunas de las formas en que se ha propuesto realizar el control de estímulos son las siguientes (Fernandez-Montalvo y Lopez-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.**

_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.

Tal como recoge Echeburúa (2014), existen algunas características intrínsecas del juego en mujeres que pueden influenciar el modo en que se realiza el control de estímulos. Algunos aspectos a destacar respecto al control de estímulos es que suelen mostrar un mayor control económico que los hombres. Además, como hemos mencionado anteriormente, tienden a acudir solas a tratamiento, por lo que deberá prestarse especial atención a quién realizará el control económico, ya que podría necesitar apoyo fuera del espacio familiar. También tienden a acudir a lugares como bingos o casinos, ya que suponen a su vez espacios de socialización, por lo que cobra especial importancia la autoprotección y la evitación de estos espacios. Así mismo, algunos de los factores de riesgo a destacar en mujeres jugadoras son la soledad y el tener amigos o parejas que juegan de forma excesiva, por lo que cobra especial importancia el control a nivel relacional.

En concordancia con Echeburúa, en el caso específico de la mujer, deberemos tener especialmente en cuenta a aquellas mujeres que pasan la mayor parte del día solas en casa, sin sujeción a horarios estrictos, y que además llevan la gestión de la economía doméstica (y más especialmente si estas mujeres acuden solas a rehabilitación). En estos casos dicho control va a resultar tremendamente difícil y deberemos no escatimar tiempo ni recursos terapéuticos a incrementar todo lo posible la motivación de la mujer para dejar de jugar definitivamente, así como entrenar en estrategias de autocontrol y control de impulsos (habilidad para resistir o retardar un impulso). Así mismo podemos, en la medida de lo posible, iniciar el trabajo de aumento de autoestima de la jugadora y de empoderamiento para que sea capaz en algún momento (cuanto antes mejor) de contar su problema a un familiar y poder obtener así su ayuda e implicación en la rehabilitación. Si bien en términos generales la mujer va a tener más dificultad para ser ayudada en este proceso, también es cierto que la actitud de la familia no es la misma al respecto cuando a la vez que se le expone la problemática se le aporta ya la solución existente y la puesta en marcha de la misma (en este caso la rehabilitación). De esta forma, si conseguimos la implicación de un familiar o figura de co-terapeuta, podremos limitar las posibilidades de la jugadora de jugar (puesto que a partir de ese momento su acompañante a terapia ejercerá control del gasto, así como podrá en la medida de lo posible según el caso tener información sobre el tipo de salidas de la mujer: tiempo, objetivos, etc.). Así mismo, si el problema de la mujer es un exceso de tiempo libre que no ha sabido gestionar adecuadamente (ej: mujer en desempleo, o jubilada), la terapia también deberá orientarse a poder encontrar, dentro de las posibilidades y gustos de la paciente y los recursos existentes en su zona de residencia, actividades de ocio alternativas al juego.

En consonancia con lo expuesto, aportamos la expresión de una mujer en rehabilitación:

*** “Comencé a jugar porque estaba aburrida, mi marido trabajaba más horas y yo pasaba mucho tiempo sola; en las máquinas encontré una forma de divertirme con la que además “ganaba” dinero”.**

En este sentido las asociaciones que cuentan con trabajador/as sociales (y en nuestro último seminario celebrado recientemente se puso de manifiesto que cada vez son más), pueden realizar una importante labor de ayuda a la mujer a encontrar vías de inserción o reinserción laboral y/o de ocio.

Pero también desde el inicio de la rehabilitación se inicia el trabajo de cambio en algunas cogniciones erróneas, previa identificación en 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: creencia en que el resultado del juego depende más de la actuación personal que del azar. Por ejemplo, la jugadora pensaría que apretando los botones de las máquinas tragaperras estaría controlando el juego cuando en la realidad no depende de ello.

Predicción de resultados: Esta creencia se basa en pensar que se puede predecir el resultado del juego. Esta capacidad se relaciona con el pensamiento mágico. Por ej, una de nuestras pacientes refería al inicio de su rehabilitación: *“si veía un número con el 0, el 50 o con un 7 en medio tenía que comprarlo (...) ha salido el 50, ¡ay Dios mío! Si me lo hubiera jugado...”*

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: La 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.

Locus de control: Esta creencia se basa en la tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias (por ejemplo, “ser una buena jugadora”) y los fracasos a factores externos (por ejemplo, mala racha).

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, cuando por razones de probabilidad, da igual que la diferencia con respecto al número premiado sea de una unidad que de 9, cada número tiene una probabilidad determinada de salir.

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; o llevar un amuleto u objeto con la creencia de que así podrá ganar (ej: calcetines de un color determinado, un ajo en el bolsillo, etc).

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”, “hoy estás muy guapa, ¿eh?”.

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.

Superada la fase de iniciación, para la que en FEJAR se estiman 6 meses pero se trata de una temporalidad flexible dependiendo del enfermo o el criterio de cada asociación, la mujer 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.

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 et al. (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. Así mismo, 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.

Es una característica habitual en afectados por trastornos por juego el presentar dificultades en la resolución de problemas o al afrontar los problemas de forma adaptativa. La mujer (siempre en términos generales) tiene mayor capacidad para afrontar problemas que supongan implicación o regulación emocional (aunque simultáneamente o a posteriori sufran trastornos del estado de ánimo o de ansiedad); sin embargo, cuando estas habilidades fallan como consecuencia de la adicción, el sentimiento de culpa es mucho mayor en el caso de la mujer.

La regulación emocional es otro factor estrechamente relacionado con el afrontamiento, y que también ha sido relacionado con la presencia de problemáticas psicológicas. Según Gross (1988) la regulación emocional está definida 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.

Por ejemplo, recordamos algún caso de varón jugador que ante la incapacidad de regulación emocional, en el momento del nacimiento en el hospital de su hijo, dejó a su mujer y el bebé recién nacido para irse a jugar, habiendo “desaparecido” durante varias horas. Cuando con posterioridad durante su rehabilitación contaba estos hechos, lo hacía entendiendo que tuvo aquella reacción de la que en ese momento se avergüenza pero entendiendo que lo hizo en un momento de desbordamiento emocional dentro de su adicción. En cambio, la mujer sufre mayor dificultad para perdonarse a sí misma cualquier acción que implique no haber estado “a la altura” dentro de su rol de cuidadora (madre/pareja/hija), etc. Y en esta línea, encontramos en terapia expresiones de mujeres en rehabilitación que lo ejemplifican:

» *“¿Cómo se me ha podido olvidar recoger tantas veces a mis hijos del colegio?”*

» *“Cuando inicié la rehabilitación me sentía muy triste por cómo estaba mi marido, me preocupaba cómo iba a superar él esta situación”*

» *“Me daba mucha pena que mi marido se creyera todo lo que yo le decía, pero no podía dejar de mentir para conseguir dinero para jugar”*

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. Entre ellos, y como ya han sido expuestos en el apartado de aspectos psicosociales, el rol de cuidadora por parte de la mujer, así como los trastornos del estado de ánimo previos o como precipitantes de la adicción.

Como ejemplo del peso que tienen las “obligaciones” atribuidas cultural o históricamente a la mujer y que ésta tradicionalmente ha aceptado, nos encontramos en la rehabilitación femenina expresiones como la siguiente: *“El miedo a que me quitaran a mi hijo es lo que me hizo cumplir el decálogo al 100% (...) Cada vez que dejaba al niño con la familia de mi marido para venir a terapia estaba nerviosa por si me lo quitaban y no le volvía a ver, todavía hoy dejar a mi hijo me provoca mucha ansiedad, aunque ahora la relación con ellos ya es mejor”*.

Este es el testimonio de una mujer jugadora en la actualidad ya rehabilitada desde hace varios años. Nos parece imprescindible y tremendamente (por desgracia) clarificador recoger este ejemplo. La amenaza por parte de familiares y allegados de “quitar”, como si de objetos se tratasen, a los hijos menores de la mujer adicta en general y/o ludópata en particular es muy frecuente y socialmente ha sido ampliamente aceptado. Por el contrario, es difícil encontrar este miedo en el hombre jugador (el varón recibe inicialmente la amenaza de pérdida de la pareja (y él implícitamente asume la pérdida de custodia de los hijos), pero no se le amenaza con “quitarle” a sus hijos).

Respecto a la gestión del tiempo, otro de los objetivos específicos a trabajar en esta fase, podemos utilizar algunas de las técnicas y estrategias utilizadas en el ámbito de rehabilitación neuropsicológica, aunque en este caso no exista daño cerebral: 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).

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, 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 filosofía predominante y aplicada para la práctica totalidad de enfermos en rehabilitación es la abstinencia vitalicia, entendiéndolo que no podemos “curar” la enfermedad sino “rehabilitar” al enfermo, 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 “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 de la mujer, llegar hasta la fase de mantenimiento de la rehabilitación ya habrá sido todo un reto (recordemos todo lo expuesto más arriba sobre la dificultad de la mujer para llegar hasta una asociación, y una vez dentro, cómo poder asistir a sus terapias y mantenerlas en el tiempo). Pero nuestra experiencia asociativa nos dice que la mujer que llega sola a una asociación, en comparación con el varón que llega también solo, tiene mayor probabilidad de éxito en la rehabilitación. Teresa Torns (2008) afirma que la actividad del cuidado se trata de una actividad mayoritariamente femenina tanto en ámbito público-institucional. La mujer siempre ha cuidado, y parece que tiene la necesidad de seguir cuidando con la esperanza de que, cuando ella lo necesite, alguien cuidará de ella. Expectativa que, como venimos exponiendo a lo largo de la presente guía, en el caso (al menos) de la mujer jugadora no se cumple.

No obstante, a pesar de sus puntos fuertes, la mujer en fase de mantenimiento de la rehabilitación todavía sigue necesitando ayuda; como decíamos, debemos trabajar la prevención de recaídas y otros objetivos más específicos como el asentamiento de nuevas habilidades.

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.
- _ Examinación 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).

Así mismo, se han encontrado diferencias en las posibles causas de recaídas específicas en juego entre hombres y mujeres (Hodgins y el-Guebaly, 2004). Aunque tanto hombres como mujeres mostrarían como una causa importante de recaída el optimismo ante la posibilidad de ganar dinero, los hombres tendrían una mayor tendencia a recaer por necesidades financieras y aburrimiento o falta de estructuración del tiempo. Las mujeres, por su parte, reportarían en mayor medida tener como precipitantes la necesidad de lidiar con emociones o situaciones negativas o de socializar con otras personas. Así mismo, los precipitantes con menor importancia, tanto en hombres como en mujeres, serían la búsqueda de sensaciones o diversión en el juego, el tener acceso a dinero para poder jugar, rendirse en el intento de dejar de jugar, o poner a prueba el control personal ante el juego.

Entrenamiento en habilidades

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. Esto es, habría competencias emocionales, cognitivas y conductuales que podrían estar a la base de los mismos por lo que la intervención sería fundamental. En el caso de la intervención con juego, algunas de las más importantes son las siguientes (además de las ya trabajadas en la fase anterior (resolución de problemas, gestión emocional):

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. Así mismo, se ha observado que los jugadores y jugadoras podrían tener dañado en el autoconcepto (opinión que una persona tiene sobre sí misma, que lleva asociado un juicio de valor) antes de comenzar con la problemática de juego. Aportamos alguna expresión de mujer rehabilitada en la que se ha conseguido mejorar su autoestima inicial: *“Con la rehabilitación me he recuperado también a mí misma, ahora voy con la cabeza alta, tengo autoestima y ya no me importa lo que los demás piensen de mí”*.

2. COMUNICACIÓN

En relación con 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.

En el caso específico de la mujer, ésta puede partir de cierta ventaja inicial (tal y como hemos expuesto en el apartado de Fase Inicial), al poseer en general mayor capacidad de expresión emocional. No obstante, la mujer va a tropezar con un hándicap muy importante: su pareja, hijos u otros familiares varones, especialmente si no le han acompañado en el proceso de rehabilitación y no han recibido su correspondiente formación en terapia, van a seguir careciendo de la necesaria capacidad de comunicación asertiva que la mujer necesita en este proceso. En estos casos a pesar de la rehabilitación de la mujer seguirán en su domicilio y entorno más próximo la dinámica de reproches y expresiones culpabilizadoras. La mujer por tanto tiene una necesidad aún mayor que el hombre de incrementar su autoestima y mejorar sus habilidades comunicativas con el fin de: aprender a respetarse a sí misma (para así poder exigir el respeto externo), aceptar su adicción como enfermedad que ella no eligió libremente padecer, enterrar para siempre su sentimiento de culpabilidad, tanto por la conducta de juego propiamente dicha como por las consecuencias del mismo. Deberá aprender a no entrar en la dinámica de la violencia machista (y ser amenazada con quedarse en la calle en los casos en que la mujer no realiza trabajo remunerado, con “perder a sus hijos”, etc.).

Deberá, también (ya como el resto de jugadores, masculinos y femeninos): aprender a expresar su opinión, a no priorizar el agrandar a los demás por encima de sus propios intereses, a tomar sus propias decisiones, a permitirse el derecho a cometer equivocaciones, etc.

En los casos de COMORBILIDAD en la mujer jugadora (trastorno por juego y otro/s trastorno/s mental/es), al igual que ocurre en el varón (ver “Juego y Comorbilidad: Protocolo de intervención en pacientes con comorbilidad”) el proceso de rehabilitación será aún más complejo. En el caso específico de la mujer, y como ya quedó evidenciado en nuestro reciente estudio, las adicciones que coexisten en la mujer jugadora son: al tabaco, alcohol y tranquilizantes.

El caso de los tranquilizantes puede explicarse porque, como hemos indicado, en el caso de la mujer se hallan con relativa frecuencia los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en muchos casos de forma primaria al trastorno por juego (aunque también se pueden desencadenar como consecuencia de la problemática asociada al juego). Y en muchos casos la mujer cuando llega a terapia por trastorno por juego ya viene con historia de años de psicofármacos prescritos por sus facultativos (o no) y de los que difícilmente van a poder prescindir. En los casos de dependencia a psicofármacos, será imprescindible el abordaje multidisciplinar de la paciente, y en nuestra opinión, de abordarse dicha dependencia (querer reducir o eliminar la ingesta de psicofármacos) debería realizarse con posterioridad al tratamiento de rehabilitación del juego, o al menos, no de forma simultánea.

Con respecto a otros trastornos (Trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad, especialmente los pertenecientes al *cluster B* (antisocial, límite, histriónico y narcisista), trastornos psicóticos o Parkinson), remitimos al lector al mencionado protocolo publicado por FEJAR en 2017.

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 (jugadora 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 todas las personas rehabilitadas para que de forma ilimitada puedan seguir acudiendo, si así lo desean, a su asociación como recordatorio activo de que deben mantener su abstinencia y para participar en ésta. Aquellos jugadores que terminan su tratamiento y deciden continuar acudiendo a la asociación, a menudo ya no lo hacen de forma sólo pasiva para escuchar y participar de las terapias de grupo, sino que suelen querer implicarse de forma voluntaria en ayuda a su asociación: como monitor de terapia de grupo (para ello deberán pasar un curso de monitores que la federación ofrece), para realizar acogidas de nuevos/as enfermos/as y familiares, y cualquier otra función para la que puedan resultar útiles a su asociación. En lo concerniente a la mujer, debemos decir que la mujer que ha llegado hasta el final de su rehabilitación (volvemos a recordar que son muy pocas las que llegan a las asociaciones y por tanto el porcentaje de jugadoras rehabilitadas féminas es mínimo), suele quedarse a colaborar con su asociación. Quizás este detalle tenga relación, una vez más, con el rol de cuidadora de la mujer del que tanto hemos hablado en la presente guía. Aportamos la expresión de una mujer rehabilitada en relación a su intención de ayudar: *“Quiero ayudar a otros, igual que me han ayudado a mí, por eso cuando me deis el alta quiero ser monitora, lo tengo claro desde que empecé en la asociación”*.

Antes de finalizar este apartado, debemos matizar que lo expuesto en relación a la soledad de la mujer en el proceso de su tratamiento con respecto a su entorno es algo lamentablemente demasiado frecuente, pero no sería justo considerar que la mujer acude sola “siempre”. De hecho, aunque son la excepción, hay mujeres que acuden acompañadas por familiares: hermanas/os, hijos/os, y/o marido o pareja. En estos casos la rehabilitación se va a ver facilitada para la mujer, y estos familiares son reforzados muy positivamente en las asociaciones, pues el familiar o co-terapeuta es figura muy necesaria en la rehabilitación de las personas con adicción al juego. Uno de nuestros retos, por tanto, será trabajar para conseguir incrementar el apoyo presencial del familiar de la mujer jugadora en el tratamiento.

Otras particularidades que detectamos en el tratamiento con mujeres:

* Son “alumnas ejemplares”, es decir, mientras que el varón que ha llegado mayoritariamente obligado en un principio por la presión familiar al enterarse de la problemática con el juego, la mujer (que suele acudir sola y voluntariamente), una vez inicia el tratamiento, a no ser por dificultades ajenas a su voluntad para poder continuar acudiendo (como el poder acudir sin que su familia se entere de su problema), acude de manera muy regular, constante y con alta implicación, tanto hacia sí misma como hacia los demás enfermos. Hemos extraído alguna expresión de jugadoras rehabilitadas que ejemplifican este aspecto:

» *“No me salté ni una terapia (tres por semana) durante 2 años”*.

» *“También dejé de fumar el mismo día en que entré en la asociación, lo cual me provocó mucha ansiedad que he ido superando poco a poco”*. Si bien en general recomendamos que los jugadores que inician rehabilitación de su trastorno por juego no dejen el tabaco hasta aproximadamente la fase intermedia (en la que ya se ha superado la “deshabitación” del juego), éste es un ejemplo de la actitud de motivación e implicación de la mujer (aunque la intencionalidad de dejar el tabaco también se observa en algunos varones).

* **Recaídas.** A pesar de lo expuesto respecto a la importante motivación de la mujer que inicia el tratamiento, ésta, ante todo, es “persona”, y también puede sufrir recaídas. El matiz en el caso de las féminas estaría en que el grado o nivel de culpabilidad en su caso es superior (de igual manera que es superior con respecto a la enfermedad), y que a su vez van a salir también más reforzadas si cabe que los varones tras una recaída. Podemos ejemplificar lo expuesto con estos testimonios de mujer en rehabilitación:

» *“Cuando recaí había una situación alrededor complicada, pero eso no es excusa para jugar. Yo sé que cuando jugaba buscaba excusas todo el tiempo para mí misma, necesito el dinero para esto, para esto otro”*.

» *“A mí lo mejor que me pudo pasar en mi rehabilitación fue la recaída, eso no lo puedo decir en los grupos, porque quizás las personas que están empezando me malinterpreten. Pero solo tras la recaída cambié y empecé a ser sincera y comunicativa, me abrí en canal”*.

INTERVENCIÓN MUJER CON TRASTORNOS POR JUEGO

ACOGIDA
(Por otra mujer)



DIAGNÓSTICO
(Batería cuestionarios FEJAR)

TERAPIA PSICOLÓGICA INDIVIDUALIZADA (a demanda)

Terapia de pareja y familiar

GRUPO DE AUTOAYUDA / TERAPÉUTICOS MIXTOS (frecuencia semanal)

Fases:
1. Iniciación
2. Intermedia
3. Mantenimiento

GRUPO DE AUTOAYUDA ESPECÍFICOS DE MUJERES JUGADORAS (frecuencia quincenal o mensual)

Grupo de jugadoras
Grupo de mujeres

SEGUIMIENTO

CONCLUSIONES

La censura y el rechazo social de la mujer con una adicción, en comparación con el hombre, es innegablemente superior. Hoy en día aún existe una mayor culpabilización de la mujer jugadora, por el rol de cuidadora y de responsabilidad familiar que la sociedad le ha adjudicado. Siendo así, los datos de prevalencia de juego patológico en mujeres son significativamente superiores a la cantidad de mujeres que acuden a tratamiento. Por miedo a sentirse juzgadas las mujeres son más reacias a reconocer su problema con el juego, retrasa el momento de pedir ayuda y, en consecuencia, provoca que lleguen a tratamiento tras una historia larga de juego y con un deterioro mayor. Por tanto, el hecho de reflexionar y derribar estas barreras que dificultan la decisión de acudir en busca de ayuda profesional es una tarea prioritaria.

Además uno de los grandes retos a los que se enfrenta el tratamiento de la ludopatía es incorporar la variable de género y diseñar intervenciones específicas para abordar con más exactitud la adicción al juego en las mujeres. Hay diferencias de género en el perfil clínico que hacen necesario diseñar programas terapéuticos específicos para ellas que atajen dichas características concretas de las mujeres jugadoras, es decir, programas que tengan en cuenta las motivaciones y las consecuencias más comunes del colectivo de las mujeres jugadoras.

Una parte importante de las intervenciones podría estar dirigida a empoderar, reforzar la autoestima e impedir que los estigmas y lo que la sociedad esperaba de ella le persiga. Además de hacer hincapié en la regulación emocional ya que algunas de las funciones que cumple el juego de azar en la vida de las mujeres es paliar la soledad, hacerle frente relaciones familiares problemáticas, o evadirse de emociones negativas que despierta todo lo anterior.

Al igual que en el caso de los hombres que padecen ludopatía, en las mujeres también el apoyo familiar es una pieza clave en la recuperación. Es importante trabajar con la familia para explicar que se trata de una enfermedad, evitar la culpabilización y el rechazo y lograr ese apoyo y colaboración necesarios.

1. ADECUACIÓN DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE TRATAMIENTOS EN MUJERES JUGADORAS

Los principales retos de futuro en este ámbito son diseñar estrategias motivacionales para atraer a las mujeres al tratamiento, contar con instrumentos de detección temprana y desarrollar programas específicos. Las mujeres jugadoras son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente. Hay, por tanto, una bolsa oculta de mujeres que no consultan por su trastorno o que lo hacen tardíamente, cuando la situación es ya grave. Las diferencias de género en el perfil clínico y de comorbilidad de los pacientes, que deben tomarse en consideración en el diseño del tratamiento. Se sabe que la mujer jugadora presenta un perfil diferencial en cuanto a los tipos de juegos utilizados, su historia de juego y las manifestaciones psicosociales de su dependencia, en los que merece la pena reparar. Pero, por desgracia, estas diferencias motivacionales en uno y otro sexo no se han tenido en cuenta a la hora de diseñar tratamientos específicos (Raylu y Oei, 2002; citado en Echeburúa, 2014).

Las mujeres jugadoras responden mejor al tratamiento. Es en el curso del trastorno en donde hay unas diferencias más significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres se inician más tardíamente en el juego, pero, sin embargo, la progresión hacia el trastorno es dos veces más rápida que en el caso del hombre (Echeburúa, 2014).

Una vez que buscan ayuda y asisten por primera vez a una asociación, consideran de gran importancia que la persona que realiza la acogida o la primera entrevista, sea una mujer.

Se deben adecuar grupos de autoayuda específicos de mujeres jugadoras. Respetando el funcionamiento de cada asociación, se recomienda formar grupos específicos de mujeres jugadoras, con tratamientos en grupos mixtos, pero con la creación de un grupo específico de mujeres (independientemente de la fecha de inicio de su tratamiento) que se reúna con una frecuencia quincenal y tengan un espacio donde conversar, exponer, expresar sentimientos, compartir, etc. **Además de estos grupos de autoayuda, es recomendable realizar grupos con una terapeuta mujer,** con frecuencia quincenal.

Se mantienen la terapias psicológicas individualizadas con la persona con trastorno de juego, ya sea mujer u hombre. Mensualmente es recomendable realizar grupos de terapia conjuntos de afectados/as y familiares. Desde las propias asociaciones y los grupos se debe fomentar la solidaridad entre las componentes de los grupos, favorecer la sororidad, la realización de un apoyo intragénero (entre las propias afectadas, sin juzgar, con buen ambiente,...)

2. ESTIGMA SOCIAL DE LA MUJER JUGADORA. TRABAJO DEL CONTEXTO FAMILIAR COMO AGENTE DE AYUDA

El rechazo social a la mujer adicta (independientemente del tipo de adicción) es mucho más elevado que el sufrido por los hombres. Ese estigma social negativo podría impedir el reconocimiento del problema y a retrasar la búsqueda de ayuda terapéutica. En ese sentido, el apoyo familiar de la pareja o de los hijos hacia la mujer adicta es mucho menor que el recibido por el hombre adicto, al que se considera más como enfermo que como vicioso, al revés de lo que ocurre en la mujer jugadora (Echeburúa, 2014).

3. ADECUACIÓN DE MEJORA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA MUJER JUGADORA

Las mujeres juegan a menudo para escapar de los problemas o hacer frente a la mala relación de pareja o a la soledad y pueden haber sufrido antecedentes de abuso sexual o maltrato físico en la infancia. Las mujeres tienden a recurrir al juego excesivo para hacer frente a problemas personales (soledad, aburrimiento, etcétera) y familiares (mala relación de pareja, marido enfermo o adicto al juego o al alcohol, etcétera), así como para afrontar un estado de ánimo disfórico (depresión, ansiedad, ira, etcétera) (Echeburúa, 2014). El tratamiento tiene un alto contenido emocional asociado a problemas, en un clima más íntimo. Desde las asociaciones debemos crear un contexto de seguridad, un entorno seguro, de ayuda, de empatía y de respeto trabajando el sentimiento de confianza en sí misma y rompiendo dependencia emocional del resto de miembros de la familia.

4. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN LA RECUPERACIÓN DE LA MUJER JUGADORA

La reacción de la pareja ante la mujer adicta es mucho más intransigente que cuando sucede al revés. En concreto, el rechazo de la pareja hacia la mujer jugadora es mucho más explícito que en el caso inverso, así como su falta de colaboración en el proceso terapéutico (Echeburúa, 2014). Por ello es importante tener presente los escasos apoyos que la mujer dispone para ponerse en tratamiento, incluso oposición de su familia por vergüenza que la reconozcan, pérdida de prestigio familiar,... en ocasiones también es importante conocer si existe miedo de separación/soledad, relaciones sumisas (priorizando el bienestar de la pareja), ... Es esencial que la mujer no se deje su propio cuidado y cambiar herencias machistas que ellas mismas han asumido incluso como suyas.

5. IMPORTANCIA DE LA CULPA EN LA MUJER JUGADORA (EN RELACIÓN AL ROL DE CUIDADORA)

En el caso del hombre, se le tolera el juego excesivo en las primeras fases, sin embargo, a la mujer se la tilda rápidamente de viciosa, lo que conlleva una ocultación del problema, y, por ello, una resistencia a la búsqueda de ayuda terapéutica. Sin embargo, las mujeres son acompañantes frecuentes de los adictos al juego cuando estos deciden buscar ayuda (Echeburúa, 2014). Se debe liberar a la mujer de esa gran culpabilidad que asume, dando sentido a la situación de enfermedad por la que está pasando, desmitificar mitos, responder a sus necesidades particulares.

6. IMPORTANCIA DE TRABAJAR EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER JUGADORA

Es importante el empoderamiento de la mujer, de sus propias decisiones, como es el iniciar la rehabilitación, de llevarlo a cabo y esforzarse por y para su mejor bienestar, el de su familia y su entorno más inmediato. Considerando como esencial, recuperar su identidad y/o desarrollar su independencia, reflexionando sobre su situación, su decisión tomada, sus herramientas y las que adquiere en su asociación de referencia.

Esperamos y deseamos que esta guía sirva para la intervención específica de mujer en el tratamiento del trastorno por juego, y que, desde su publicación y divulgación, el camino que sigan las mujeres en su proceso de rehabilitación sea mucho más llano, libre de obstáculos relativos a cuestiones de género. Nos llenará de satisfacción y orgullo ver, desde un futuro inmediato, cómo cada día se rehabilitan más mujeres, gracias a unos mejores recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Berry, R. E., Fraehlich, C., y Toderian, S. (2002). Women's Experiences of Gambling and Problem Gambling. [Research Report]. Guelph, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Bicego, B. (2002). When a woman's best friend is doing her harm. *Aboriginal and Islander Health Worker Journal*, 26(5), 7.
- Blanco, C., Hasin, D. S., Petry, N., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 36(7), 943-953.
- Boughton, R., y Falenchuk, O. (2007). Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 323-334.
- 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.
- Corney, R., y Davis, J. (2010). The attractions and risks of Internet gambling for women: A qualitative study. *Journal of Gambling Issues*, (24), 121-139.
- Crisp, B. R., Thomas, S. A., Jackson, A. C., Smith, S., Borrell, J., Ho, W. Y., ... y Thomason, N. (2004). Not the same: a comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling services. *Journal of Gambling Studies*, 20(3), 283-299.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Shalgi, B., Sasson, M., Tuson, L., Saphir, Y., y Kotler, M. (2006). Dual psychiatric diagnosis and substance abuse in pathological gamblers: a preliminary gender comparison study. *Journal of Addictive Diseases*, 25(3), 49-54.
- Davis, D. R., y Avery, L. (2004). Women who have taken their lives back from compulsive gambling: Results from an online survey. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 4(1), 61-80.
- Domínguez, A., Pérez, M., Sicilia, E., Villahoz, J., y Fernández, R. (2007). Guía clínica: actuar ante el juego patológico. Granada: Junta de Andalucía.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16.
- Echeburúa, E. (2014). Adicción al juego en la mujer y comorbilidad. Implicaciones para el tratamiento. *Revista de Patología Dual*, 1(1), 2-7.
- F.E.J.A.R. (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados): "Juego y Comorbilidad: Protocolo de intervención en pacientes con comorbilidad", 2017
- 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.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E., de Corral, P., y Polo-López, R. (2015). Pathological gambling: Clinical gender differences. In M. Sáenz-Herrero (Ed.), *Psychopathology in women* (pp. 713-726). Switzerland: Springer.
- Grant, J. E., y Kim, S. W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive psychiatry*, 43(1), 56-62.
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Hing, N., y Breen, H. (2001). Profiling lady luck: An empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. *Journal of gambling studies*, 17(1), 47-69.
- Hodgins, D. C., y el-Guebal, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 72.
- Holdsworth, L., Nuske, E., y Breen, H. (2013). All mixed up together: Women's experiences of problem gambling, comorbidity and co-occurring complex needs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(3), 315-328.
- Ibáñez, S. J., Feu, S., y Dorado, G. (2003). Análisis de las diferencias en el juego en función del género y categoría de los jugadores. In II Congreso Ibérico de Baloncesto: la formación y el rendimiento en baloncesto.
- Jacobs, D. F. (2004). Youth gambling in North America: Long-term trends, future prospects. In J. L. Devereinsky & R. Gupta (Eds.), *Gambling problems in youth. Theoretical and applied perspectives* (pp. 1-24). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Jitoha, R. C. (2011). Management of Lapse and Relapse in Drug Dependence. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(2), 199-204.

- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., y Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(9), 1351-1360.
- Ladd, G. T., y Petry, N. M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 10(3), 302.
- LaPlante, D. A., Nelson, S. E., LaBrie, R. A., y Schaffer, H. J. (2006). Men & women playing games: gender and the gambling preferences of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies*, 22(1): 65-80.
- Lesieur, H. R., y Blume, S. B. (1991). When lady luck loses: Women and compulsive gambling. In N. Van Den Bergh (Ed.), *Feminist perspectives on addictions* (pp. 181-197). New York: Springer.
- Marlatt, G. A., y Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Martins, S. S., Lobo, D. S., Tavares, H., y Gentil, V. (2002). Pathological gambling in women: a review. *Revista do hospital das clínicas*, 57(5), 235-242.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- McCormack, A., Shorter, G. W., y Griffiths, M. D. (2014). An empirical study of gender differences in online gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 71-88.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10, 150-159.
- Nower, L., y Blaszczynski, A. (2006). Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri data. *Journal of Gambling Studies*, 22(1), 81-99.
- Petry, N. M. (2003). A comparison of treatment seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98(5), 645-655.
- Petry, N. M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling?. *Addiction*, 101(s1), 152-160.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., ... y Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 555.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Piquette-Tomei, N., Norman, E., Dwyer, S. C., y McCaslin, E. (2008). Group therapy for women problem gamblers: A space of their own. *Journal of Gambling Issues*, (22), 275-296.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., y O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500-1505.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical approach. *Handbook of psychotherapy integration*, 2.
- Shaffer, H., Hall, M. N., y Vander-Bilt, J. (1997). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis. Harvard Medical School.
- Slutske, W. S., y Richmond Rakerd, L. S. (2014). A closer look at the evidence for sex differences in the genetic and environmental influences on gambling in the National Longitudinal Study of Adolescent health: from disordered to ordered gambling. *Addiction*, 109(1), 120-127.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. (1982). *Manual del cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones, 1-16.
- Stewart, S. H., y Kushner, M. G. (2003). Recent research on the comorbidity of alcoholism and pathological gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(2), 285-291.
- Strachan, M. L., y Custer, R. L. (1993). Female compulsive gamblers in Las Vegas. *Gambling behavior and problem gambling*, 235-238.
- Tavares, H., Martins, S. S., Lobo, D. S., Silveira, C. M., Gentil, V., y Hodgins, D. C. (2003). Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Trevorrow, K., y Moore, S. (1998). The association between loneliness, social isolation and women's electronic gaming machine gambling. *Journal of gambling studies*, 14(3), 263-284.
- Volberg, R. A. (2003). Has there been a "feminization" of gambling and problem gambling in the United States?. *Journal of Gambling Issues*, (8).
- Westphal, J. R., y Johnson, L. J. (2003). Gender differences in psychiatric comorbidity and treatment-seeking among gamblers in treatment. *Journal of Gambling Issues*, (8).
- Whiteside, S. P., y 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.
- Wood, R. T., y Williams, R. J. (2009). *Internet gambling: Prevalence, patterns, problems, and policy options. Final Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre; Guelph, Ontario.*



**ANEXO I
CASO CLÍNICO
MUJER**

Isabel (nombre ficticio) inició tratamiento de rehabilitación por su trastorno por juego en febrero de 2010, cuando tenía 37 años, tres años después de comenzar a realizar apuestas.

Refiere que durante toda su vida había jugado, sin apostar, a cartas en familia, solitario, parchís, etc. Comenzó a jugar a máquinas tragaperras en solitario, por aburrimiento inicialmente (permanecía en casa mientras su marido trabajaba todo el día, anteriormente había trabajado fuera de casa) y por evasión con posterioridad (diagnóstico de grave enfermedad de su padre). En el primer episodio de juego le tocó “la especial”. A partir de ese día continuó jugando, hasta que quedó embarazada y en ese momento dejó el juego y el tabaco por iniciativa propia. Cuando su hijo tenía 2 meses, recayó y volvió a jugar y fumar “muy compulsivamente” durante dos años, de los cuales admite haber estado totalmente fuera de control durante los ocho meses anteriores a iniciar su rehabilitación. El consumo de tabaco en ese momento era de un paquete y medio diario.

La progresión hacia la adicción fue en aumento, llegando a realizar hurtos a familiares, que fue el desencadenante de que se descubriera su problema y que acudiera a una asociación en búsqueda de ayuda. Isabel dejó de fumar y jugar el mismo día por decisión propia.

No constan otros antecedentes psiquiátricos familiares de interés ni personales.

Contó como único apoyo familiar con su marido (quien por otras causas también ha seguido tratamiento psiquiátrico y psicológico de forma simultánea a la rehabilitación de Isabel). La familia política la apartó, fue amenazada con perder la custodia de su hijo. En la actualidad, ocho años después, sigue sin recuperar la relación con algunos miembros de su familia política. Por parte de su marido hubo algún episodio aislado de violencia dirigida hacia objetos (no hacia la enferma).

Su proceso de rehabilitación consistió en terapia grupal (en el caso de su asociación 3 terapias semanales, a las que no faltó nunca) complementada con terapia psicológica individual y de pareja (sesiones alternas con frecuencia quincenal el primer año y mensuales el segundo), así como seguimiento psiquiátrico (incluso requirió durante los tres primeros meses de su rehabilitación ayuda farmacológica con ansiolíticos).

Técnicas aplicadas en su terapia y/o aspectos abordados:

- Comunicación
- Autoestima
- Técnica de solución de problemas
- Gestión del tiempo

No ha existido ninguna recaída durante su rehabilitación.

Aspectos idiosincrásicos del caso:

- Coincidió durante su rehabilitación en las terapias de grupo con otras 2 mujeres (algo casi excepcional en el caso de mujer).
- A los dos años de iniciar su rehabilitación sufrió, con 39 años, un ACV (accidente cerebro vascular). No hallaron causa orgánica desencadenante ni existían en su caso factores de riesgo, por lo que la explicación médica posible del desencadenante del ACV fue: “estrés” (admite haber sufrido una situación de estrés crónica durante su etapa de juego como posterior durante su rehabilitación, por la situación familiar).
- En la actualidad se siente en deuda con su asociación por la ayuda recibida y colabora con la misma, de forma voluntaria, todos los días de la semana, además de formar parte de la junta directiva de la misma. Su marido también colabora con la asociación.
- Durante su enfermedad sufrió “*Folie a deux*” (trastorno psicótico compartido). Este trastorno consiste en que un síntoma de psicosis (habitualmente creencia paranoica o delirante) es transmitida de un individuo a otro. Isabel padeció una distorsión de la realidad que acabó transmitiendo a su marido.



**ANEXO II
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



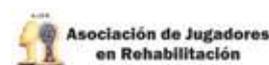
AGALURE

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
nuevasperanzamurcia@hotmail.com - www.asocnuevaesperanza.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

MUJER Y JUEGO

FINANCIADO POR:

