

Juego patológico: Una propuesta de intervención.

Juan Sevilla y Carmen Pastor

Psicólogos Clínicos. Centro de Terapia de Conducta

Avda. Peris y Valero, 194, 1ª dcha. - 46006 Valencia - E-mail: cetecova@correo.cop.es

RESUMEN

El presente artículo, tras una breve revisión del estatus de la conceptualización, la evaluación y el tratamiento del juego patológico, ofrece una propuesta de intervención acorde con los datos de la literatura científica y filtrada por la experiencia clínica de los autores. El modelo de tratamiento propuesto implica una ágil concatenación del uso del Control de Estímulos, la Terapia Cognitiva, la Exposición con Prevención de Respuesta y las estrategias de Prevención de Recaídas.

PALABRAS CLAVE

Juego patológico, ludopatía, Exposición, Prevención de Recaídas y Terapia Cognitiva.

1. DESCRIPCIÓN Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El juego patológico es un problema psicológico de alta incidencia en nuestro país. Se estima que, con criterios conservadores, entre el 1 y el 1'5 % de la población española mayor de 18 años, entraría en la categoría de jugador patológico, y aproximadamente, el 2'5 % en la de jugador problema (Cayuela, 1990; Becoña, 1991; Legarda, Babiola y Abreu, 1992). Se considera jugador

patológico al ludópata, a la persona que cumple los requisitos formales del DSM-IV, como son: el fracaso a resistir el impulso de jugar, la intensa sensación de activación psicofisiológica antes de hacerlo o la experiencia gratificante mientras se está ejecutando la conducta, además de las importantes alteraciones en la vida personal, social o familiar. El jugador problema suele jugar habitualmente, incluso a diario, con un gasto excesivo de dinero, pero sin sufrir los enormes perjuicios prácticos que sufren los auténticos ludópatas. La mayor parte de los autores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) consideran que una gran parte de jugadores problemáticos, acaban convirtiéndose en jugadores patológicos o ludópatas.

El juego patológico es un trastorno mucho más frecuente en varones que en mujeres, sin embargo, éstas buscan ayuda con menor facilidad, les cuesta más consultar a profesionales con el objetivo de solucionar su problema, quizás por miedo al castigo social. Más del 60 % de los ludópatas son hombres, y sólo 1 de cada 10 ludópatas que llegan a consulta son mujeres.

Respecto a la edad y al nivel sociocultural, el juego patológico se distribuye uniformemente en toda clase de estratos sociales y una amplia gama de edades, empezando en la adolescencia. En opinión de muchos autores (Secades y Villa, 1998) parece ser que cada vez las edades de inicio son más tempranas.

Formalmente, según el DSM-IV (APA, 1994), la ludopatía se enmarca dentro de la categoría de Trastornos de Control de Impulsos. Muchos autores discrepan con esta categorización y proponen que se incluya dentro de los Trastornos Adictivos, aludiendo a la gran cantidad de características que comparte con este tipo de trastornos. Es una cuestión teórica, conflictiva, sobre la que todavía no se ha llegado a un acuerdo.

Generalmente, los ludópatas muestran claras conductas depresivas, con una incidencia muy elevada, hasta el 94 % en algunos estudios. Igualmente, el abuso de alcohol y sustancias adictivas es alto, más del 15 %. Para mayor información sobre estas variables en nuestro país, consultar a Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1994). En la práctica clínica, cuando el jugador patológico acude a consulta suele tener además importantes problemas económicos, familiares, profesionales y sociales (Sevilla y Pastor, 1996).

2. FACTORES INVOLUCRADOS EN LA ETIOLOGÍA

En la literatura sobre juego patológico existen distintos modelos teóricos que sirven de referencia para la explicar la adquisición y el mantenimiento de la ludopatía, siendo los más conocidos: el modelo de Brown (Brown, 1986), el modelo de Jacobs (Jacobs, 1986) y el modelo de McCormick y Ramírez (McCormick y Ramírez, 1988). Sin embargo, como ya comentábamos

DOSSIER

en un trabajo anterior (Sevilla y Pastor, 1996), y siguiendo las líneas propuestas por Labrador y Becoña en 1994, creemos que resulta más útil explicar la etiología y el mantenimiento de este tipo de conductas basándonos en variables psicológicas más operativas que en complejos modelos teóricos.

Desde nuestra experiencia clínica, y también en la línea de la literatura científica, las variables más relevantes podrían ser:

- Variables socioculturales y económicas amplias. Nuestro país posee una legislación extremadamente liberal en juegos de azar y la reciente crisis económica alienta formas rápidas de buscar soluciones.
- La disponibilidad de los juegos de azar. Todos los autores reconocen que cuanto más fácil y accesible es el juego, las probabilidades de desarrollar un problema son mayores.
- Quizás una cierta predisposición biológica, entendida como exceso o déficit de activación psicofisiológica, y probablemente también, ciertas variables de personalidad que potenciarían el inicio de las conductas adictivas como "la búsqueda de sensaciones".
- También es habitual encontrar el inicio del problema conectado a fuertes estresores ambientales.
- La explicación del mantenimiento implica aludir a fenómenos mucho más sólidos e identificables: refuerzo positivo (obtención de premios y la propia activación psicofisiológica en algunos casos, además del refuerzo social), refuerzo negativo (eliminación de estados emocionales aversivos; y la idea de "recuperar" una vez iniciada la secuencia de juego patológico), el déficit de habilidades de control y las enormes distorsiones cognitivas.

3. EVALUACION

En este apartado describiremos, en primer lugar, los objetivos de la evaluación, es decir, qué datos necesitamos recopilar para poder decidir el tratamiento más adecuado. Y en segundo lugar, nos referiremos a los métodos de evaluación más indicados para conseguirlo.

3.1 Objetivos de la evaluación

A nuestro entender, los principales objetivos de la evaluación son:

Secuencia funcional. Necesitamos averiguar con exactitud ante qué situaciones estimulares o ante qué estados emocionales, el jugador patológico responde jugando. Qué pensamientos, qué sensaciones fisiológicas y cómo es topográficamente la conducta de juego. Igualmente precisamos la descripción de los efectos emocionales que se producen al realizar dicha conducta.

- **Otras respuestas problemáticas.** Es de crucial importancia evaluar y valorar la existencia de otros problemas psicológicos que favorezcan, covaríen, causen o estén conectados de alguna forma con la ludopatía. Atención especial a los estados de ánimo depresivos y al abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

- **Relación de pareja/familia.** ¿Cómo es su relación de pareja y familia? ¿Hasta qué punto conocen la gravedad del problema? ¿Podrían actuar de coterapeutas? ¿Hay un gran deterioro en la relación (amenazas de separación, abandono de hogar...)?

- **Repercusión social, profesional y económica.** Interesa especialmente saber si mantiene todavía el trabajo, y en qué condiciones, qué relaciones sociales siguen funcionando bien y cuáles se han deteriorado o desaparecido como consecuencia directa de la ludopatía, y si hay deudas, a quién se las debe y a cuánto asciende.

Obviamente, además de estos objetivos funcionales de la evaluación, conviene conocer variables relevantes del organismo, como la historia de aprendizaje, el estilo personal, las habilidades de afrontamiento o los tratamientos anteriores. Para una revisión exhaustiva (Pastor y Sevilla, 1990)

3.2 Métodos de Evaluación

Aunque en investigación se ha utilizado una gama mayor de instrumentos de evaluación, incluyendo observación y registros psicofisiológicos, en la práctica clínica, los métodos de evaluación más usados son: la entrevista, los cuestionarios o autoinformes y los autorregistros.

- **La entrevista.** Algunos autores utilizan entrevistas estructuradas o semiestructuradas (Echeburúa y Báez, 1994), sin embargo, nosotros preferimos utilizar un estilo de entrevista más clínico. La primera entrevista de evaluación tiene unos objetivos poco ambiciosos: tener una idea general del problema, empatizar y dar información de lo que se puede esperar de un tratamiento psicológico. El estilo terapéutico es relajado, poco directivo y con un gran uso de preguntas abiertas. Las siguientes entrevistas de evaluación, habitualmente una o dos más, poseen un estilo más directivo y los objetivos implican reunir la información funcional.

Con ludópatas el problema fundamental en la entrevista es la falta de motivación, o peor aún, la negación de sufrir un problema psicológico (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). Esta es una de las razones que nos lleva a entrevistar al cónyuge o en su defecto a un familiar responsable que, a menudo, tiene un rol activo en una gran parte del tratamiento.

- **Cuestionarios.** En la literatura sobre juego patológico, uno de los cuestionarios más citado y respetado por

investigadores y clínicos, es el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987), del que existe una validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994). También resultan de gran ayuda otros autoinformes como el Inventario de Pensamientos sobre Juego (Echeburúa y Báez, 1994) o el Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1994) del que hay dos versiones, una para el cliente y otra para el familiar. Para una descripción minuciosa de las características de estos instrumentos, consultar a Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

- **Autorregistros.** Preferimos utilizar autorregistros específicamente diseñados para las características de cada cliente, más que utilizar versiones estandarizadas de estos útiles instrumentos. Al contrario de lo que sucede en otro tipo de problemas, los autorregistros en juego patológico no solemos utilizarlos estrictamente como método de evaluación, ni mucho menos con el objetivo de obtener línea-base, porque a menudo ya en la primera sesión iniciamos el Control de Estímulos.

4. TRATAMIENTO

En lo referente al tratamiento, en el juego patológico se han trasladado los esquemas terapéuticos de otras adicciones. Históricamente, los tratamientos más antiguos son los ofrecidos por los grupos de autoayuda (como jugadores anónimos), con una filosofía y metodología muy parecida a la de alcohólicos anónimos. Los resultados son muy pobres y, a pesar de los grandes problemas metodológicos, se puede deducir que el porcentaje de éxito no supera el 7-8 % de los casos tratados.

También se han usado técnicas aversivas: condicionamiento clásico

aversivo eléctrico y sensibilización encubierta, en un primer momento como técnicas únicas y, más tarde, dentro de programas multicomponentes (Lester, 1980).

Los procedimientos de control de ansiedad (desensibilización sistemática y relajación) parecen ser técnicas adecuadas, demostrando un grado aceptable de eficacia (Mc Conaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991).

La exposición *in vivo* con prevención de respuesta asociada al control de estímulos ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento de la ludopatía (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996).

La terapia cognitiva también es un procedimiento, a juzgar por los datos, prometedor para tratar adictos al juego (Gaboury y Ladoucer, 1989).

Sin embargo, como en otras adicciones, al revisar la literatura, la impresión que se obtiene es que cada vez más se tiende a usar programas amplios o multicomponentes (Blaszczynski, 1993).

Respecto a los tratamientos farmacológicos, en opinión de los autores de este trabajo, su aplicación se basa en meras intuiciones, más que en datos documentados, y los resultados disponibles no avalan su uso en ninguna medida.

4.1 MODELO DE TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO DEL CENTRO DE TERAPIA DE CONDUCTA DE VALENCIA.

Como la mayor parte de nuestros trabajos, el modelo de tratamiento psicológico del juego patológico que vamos a describir debe conceptualizarse como un modelo genérico que nos sirve de guía para diseñar el tratamiento individualizado de cada cliente, que decidimos basándonos en sus características genuinas e irrepetibles que nos clarifica

la fase de evaluación. Recomendamos al lector que tome el modelo propuesto con el mismo espíritu.

El modelo consta de seis objetivos que, aunque en general siguen la progresión que presentamos, habitualmente algunos de ellos se aplican simultáneamente.

1º Fase Educativa. Explicación del Análisis Funcional.

Este paso es común al tratamiento de cualquier trastorno psicológico. Le explicamos con mucho detalle al cliente el porqué de sus problemas con el juego. Aunque hipotetizamos también sobre cómo pudo haber empezado su problema, el énfasis principal se centra en la clarificación de las variables de mantenimiento. Utilizamos ejemplos para ilustrar los principios psicológicos que gobiernan estas conductas, y adaptamos el lenguaje al estilo del cliente, sea cual sea su nivel cultural, para garantizar un alto grado de entendimiento. Instigamos y reforzamos al cliente por plantear preguntas o incluso por cuestionar nuestro planteamiento.

En el caso de que el cliente haya intentado tratamientos anteriores sin éxito, explicamos también las razones de porqué no funcionaron, incluso cuando los datos nos sugieren que el principal responsable de este fracaso fue él mismo.

En nuestra opinión, este enfoque claro, directo y robusto es una gran estrategia para conseguir la colaboración y motivación que necesitamos del cliente. En esta línea, también es de crucial importancia mantener una actitud terapéutica de aceptación y respeto hacia el cliente. Recordemos que probablemente habrá sido tratado de enfermo, vicioso o loco.

Sólo después de clarificar todos estos conceptos y habernos ganado la confianza y la colaboración del cliente, presentamos las técnicas de intervención que deben aparecer como el paso na-

DOSSIER

tural a la presentación de la hipótesis, casi que el cliente las adivine.

2° Control de Estímulos.

La técnica de Control de Estímulos aplicada a juego patológico consiste en manipular el ambiente de manera que se reduzca sensiblemente, o de forma ideal, que desaparezca, la posibilidad de volver a jugar. En esa línea, las estrategias de control estimular implican conseguir cambios como que el ludópata no disponga de acceso a dinero, llevar sólo en metálico la cantidad estrictamente necesaria o cambiar las rutas para no pasar por delante de lugares de juego. En nuestra opinión, para que la técnica funcione sería el propio jugador patológico quien, tras entender el fin que se persigue, lleve las riendas en la aplicación. Si por el contrario, el cliente se conceptualiza como víctima de una especie de estado policial, hay grandes probabilidades de que boicotee el correcto uso de esta estrategia.

Habitualmente, incluimos dentro de esta técnica el diseño de un plan para pagar las deudas.

Como Marlatt y Gordon (1985) creemos, sin embargo, que las estrategias de manipulación ambiental son estrategias paliativas que reducen las conductas adictivas a nivel práctico, pero no provocan una mejora psicológica. La autoeficacia y la superación definitiva del problema vendrá no de evitar las situaciones estimulares sino de afrontarlas sin dar la conducta adictiva. Por lo tanto, aconsejamos al lector que clarifique sus objetivos a la hora de usar la técnica de Control de Estímulos.

3° Eliminar Distorsiones Cognitivas.

Una gran proporción de jugadores patológicos sostienen una serie de creencias disfuncionales que son una parte importante del problema (Gabourg y Ladoucer, 1989; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). Algunas de esas creencias incluirían:

recordar selectivamente lo ganado sin valorar lo perdido, creer que tienen una suerte especial, o creer que tienen un sistema infalible.

Según la fortaleza y el grado de credibilidad que le confieren a dichas distorsiones, las abordamos en terapia sólo con mera información correctiva o con terapia cognitiva formal.

4° Exposición con Prevención de Respuesta.

Desde nuestro punto de vista, debe ser el elemento crucial del tratamiento. La técnica está destinada a romper las conexiones entre las situaciones de juego y la conducta de juego, así como a generar autocontrol y autoeficacia. El cliente debe reducir el impulso de jugar y además comprobar que puede ejercer dominio sobre la conducta de juego.

El primer paso, del que ya se habrá hecho una parte en la fase de evaluación, es elaborar un listado jerarquizado de situaciones de juego. Deberían tenerse en cuenta todas las variables que para ese cliente en particular parecen ser relevantes: lugar, tipo de tragaperras, compañía, dinero disponible etc.

El segundo paso consistirá en exponerse al primer ítem, que se realiza en formato de exposición guiada por coterapeuta. Es decir, el cliente junto con el acompañante afrontan el ítem. Deben permanecer en la situación problemática hasta que el malestar emocional y/o los impulsos de jugar hayan desaparecido, y registrar estas variables en un autorregistro diseñado para tal fin. El coterapeuta suele ser el cónyuge o un familiar directo. Progresivamente, la presencia del coterapeuta se va desvaneciendo.

El tercer paso es la autoexposición. El cliente se enfrenta a solas a las situaciones de juego. Si hemos utilizado terapia cognitiva, aconsejamos al cliente que utilice estas estrategias para manejar mejor el afrontamiento.

5° Prevención de Recaídas

El modelo de Prevención de Recaídas que usamos se basa en el magnífico trabajo de Marlatt y Gordon (1985) que originalmente fue diseñado para alcohólicos y drogodependientes. Aproximadamente, un 60% de las recaídas se producen en los tres primeros meses después de finalizado el tratamiento. La recaída aparece conectada a estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y en el medio y presión social. El malestar emocional es la principal responsable de las recaídas, alcanzando la cifra del 47 % en ludópatas (Brown, 1989).

Nuestra versión del entrenamiento en prevención de recaídas incluye los siguientes pasos:

- Educar al cliente en el modelo de Prevención de Recaídas
- Elaborar un listado de situaciones de alto riesgo que incluya tanto escenarios físicos como sociales, y malestar psicológico.
- Decidir y entrenar habilidades de afrontamiento para manejar las situaciones de alto riesgo.
- Practicar en imaginación el afrontamiento de las situaciones de alto riesgo usando las habilidades de afrontamiento.
- Afrontar, *in vivo*, cuando sea posible, las situaciones de algo riesgo.

6° Valorar la intervención en otras áreas.

Desde la fase de Evaluación, el terapeuta deberá decidir si hay que intervenir en otras áreas problemáticas, y en caso afirmativo, que es lo habitual, qué orden va a seguir en la intervención terapéutica. Creemos que resulta prácticamente imposible teorizar sobre estas difíciles decisiones, pues dependen de las características de cada cliente en particular y de las circunstancias orgánicas en las que vive. Para el lector interesado en un modelo sólido

de toma de decisiones, le remitimos a Sevilla y Pastor (1997).

5. CONCLUSIONES

El juego patológico es un grave trastorno psicológico con importantes repercusiones en el ámbito familiar, económico, profesional y social. Como grupo, los jugadores patológicos son clientes difíciles, a menudo niegan el problema y ofrecen una baja colaboración terapéutica. Sin embargo, poseemos la tecnología necesaria para ofrecer tratamientos exitosos. Posiblemente, la combinación de la terapia cognitiva con la exposición, y las técnicas de prevención de recaídas conformarían el protocolo terapéutico más adecuado. No obstante, como psicólogos clínicos consideramos que la forma de aplicar estas técnicas debería decidirse a partir de una rigurosa evaluación individualizada. Igualmente no deberíamos olvidar la intervención en otras áreas problemáticas, e incluir en el tratamiento a personas significativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clinica y Salud*, 5, 289-305.
- Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico. Una revisión de tratamientos. *Psicología Conductual*, 3, 409-441.
- Becoña, E. (1991, Noviembre). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). Meeting of Society for the study of gambling. Londres.
- Brown, R. I. F. (1989). Relapses from a gambling perspective. En M. Gossop. *Relapse and addictive behaviour*. New York: Routledge.
- Cayuela, R. (1990, Agosto). Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: epidemiological and clinical aspects. Eight International Conference of risk and gambling, Londres.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J. L. Graña (ed). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento. Un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 37, 13-23.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid: Pirámide.
- Gabourg, A. Y Ladoucer, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and personality*, 4, 411-420.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: a new theoretical model. *Journal of Gambling Behaviour*, 2, 15-31.
- Labrador, F. J. y Becoña, E. (1994). Juego Patológico: aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J. L. Graña (ed) *Conductas adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.
- Legarda, J. J., Babiola, R. y Abreu, J. M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Sevilla (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.
- Lesieur, H. R. y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification for pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behaviour change. New York: Guilford Press.
- Mc Conaghy, N., Blaszczynski, A. P. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal Desensitization with other Behavioural Treatments of pathological gambling: a two years follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- McCormick, R. A. y Ramirez, L. F. (1988). Pathological Gambling. En J. G. Howells (ed) *Modern Perspectives in Psychological Pathology*.
- Pastor, C. y Sevilla, J. (1990). Análisis Funcional de la Conducta. Un modelo práctico de intervención. *Informació Psicológica*, 42, 33-39.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia. Madrid: Pirámide.
- Sevilla, J. y Pastor, C. (1996). Un caso complejo de juego patológico. *Psicología Conductual*, 4, 253-262.
- Sevilla, J. y Pastor, C. (1997). Toma de decisiones terapéuticas. Cómo decidir el plan de intervención. *Informació Psicológica*, 65, 26-30.