

TEMA 16.- JUEGO PATOLÓGICO.

1.- INTRODUCCIÓN.

A pesar de que los problemas asociados a los juegos de azar han existido desde antiguo, no es hasta el presente siglo cuando se les empieza a prestar atención. Una de las primeras aportaciones psicológicas a este trastorno procede de la orientación psicoanalista (Freud, 1928).

El problema asociado al juego no será reconocido internacionalmente como un trastorno mental hasta 1980 por la APA incluyéndolo en el DSM III.

2.- DESCRIPCIÓN CLÍNICA.

2.1.- Conceptualización.

- ☞ Lesieur (1984) considera al jugador patológico como aquella persona que fracasa progresiva y reiteradamente en su intento de resistir el impulso a jugar, aunque tal implicación en el juego le provoque problemas en su vida personal, familiar y socioprofesional.
- ☞ Generalmente se trata de un proceso largo, que puede durar años, y que suele comenzar en la adolescencia.
- ☞ Identifica 3 fases:
 - Fase de ganancias:
 - Las personas juegan todavía poco. No es extraño que consiga algún gran premio.
 - Comienza a dar gran importancia a las ganancias y a minimizar las pérdidas, lo que aumenta su optimismo y autoestima.
 - Fase de pérdidas:
 - Va aumentando progresivamente la frecuencia y cantidad de dinero invertido en el juego, lo que incrementa las pérdidas y para hacer frente a las mismas, la persona se va endeudando, por lo que juega para obtener dinero con el que hacer frente a éstas.

- Comienza el deterioro familiar y laboral.
 - Está cada vez más irritable y se distancia de amigos y familiares.
 - Existe ya una falta de control de impulsos.
 - En esta fase es difícil que la persona reconozca el problema.
 - Cuando la familia descubre las consecuencias del juego es poco probable que lo identifique como un trastorno psicológico, de modo que presionan al jugador para que deje de jugar.
 - Como salida a las presiones, el jugador generalmente propone que no va a jugar más, dando lugar a una pequeña tregua.
 - La familia suele hacerse cargo de las deudas, y con ello hacen difícil que el jugador asuma sus responsabilidades.
- Fase de desesperación:
- El jugador recae en su conducta de juego, pero trata de ocultarlo ante su familia y allegados.
 - Termina viéndose desbordado por los problemas financieros y las deudas, lo que en ocasiones le lleva a cometer actos ilegales con los que conseguir dinero para seguir jugando.
 - Cuando son descubiertas las nuevas mentiras, el deterioro familiar llega a ser extremo.
 - La persona se siente atrapada y, en muchos casos, el panorama empeora por el incremento de consumo de alcohol, como un modo de evitar enfrentarse a las consecuencias de sus actos.
 - Aumentan los signos de malestar, tanto psicológico como físico, y en ocasiones se puede producir intentos de suicidio.

2.2.- Clasificación diagnóstica.

- ☞ DSM-III: lo encuadra dentro de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otras categorías.

Define el juego patológico como un “fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales”

Para diagnosticar juego patológico se tenían que cumplir al menos tres de los siete criterios que se describían para tal fin.

- ☞ DSM-III-R: Sigue conceptualizando el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos, si bien modifica los criterios diagnósticos, que se hacen similares a los utilizados en el diagnóstico de abuso de sustancias psicoactivas.

Otras modificaciones son el número de criterios necesarios para poder establecer el diagnóstico (cuatro de nueve) y el hecho de eliminar el trastorno antisocial de la personalidad como criterio de exclusión, reconociendo que ambos trastornos pueden ir asociados, sin ser necesariamente el juego una característica más del trastorno de personalidad.

- ☞ DSM-IV: Sigue incluyendo el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos.

Se considera necesario que la persona cumpla al menos cinco de los diez criterios.

Se aconseja no realizar este diagnóstico si las conductas pueden explicarse por la existencia de un episodio maníaco.

Se incluyen nuevos síntomas como el jugar para escapar de problemas o estados de ánimo disfóricos y las mentiras como modo de ocultar el juego.

Se da más relevancia a las consecuencias del juego en los aspectos familiares, sociales y legales.

- Criterios para el juego patológico en el DSM-IV:

A.- Conducta de juego desadaptativa indicada por, al menos, cinco de los siguientes síntomas:

1. Preocupación por el juego (por ejemplo, preocupado por revivir de nuevo experiencias pasadas de juego, incapacitado o planeando la siguiente aventura, o pensando en el modo de obtener dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar una cantidad cada vez mayor de dinero para obtener la excitación deseada.
3. Hacer repetidos esfuerzos sin éxito para controlar, cortar o dejar de jugar.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta cortar o dejar de jugar.
5. Juega como un modo de escapar de los problemas o de aliviar el humor disfórico.

6. Después de perder dinero jugando, a menudo vuelve otro día para intentar recuperar lo perdido.
7. Miente a los miembros de su familia o a otros para ocultar el alcance de su implicación en el juego.
8. Comete actos ilegales, tales como falsificación, fraude robo o desfalco, para financiar el juego
9. Ha arriesgado o perdido una relación significativa, el trabajo u oportunidades educativas o de promoción a causa del juego.
10. Cuenta con otros (o con instituciones) para proporcionarle dinero para aliviar una situación financiera desesperada producida por el juego.

B.- El trastorno no se circunscribe a un episodio maníaco.

☞ **CIE 10 (OMS):** En este sistema de clasificación se considera necesario que se produzcan:

- Tres o más episodios de juego sobre un período de al menos un año.
- Continuación de esos episodios a pesar del malestar emocional personal y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria.
- Incapacidad para controlar las urgencias a jugar, combinado con la incapacidad de parar.
- Preocupación mental con el juego o las circunstancias que lo rodean.

A diferencia del DSM-III-R, mantiene como criterios de exclusión el juego excesivo en pacientes maníacos y personalidades sociopáticas.

2.3.- Distintas conceptualizaciones del juego patológico.

☞ Jugadores anónimos, o sistemas de clasificación actuales, como el DSM-IV, al menos por lo que respecta al juego patológico, siguen un planteamiento dicotómico: se cumplen o no los criterios necesarios para ser diagnosticado como jugador patológico.

Los modelos que hoy en día cuentan con un mayor cuerpo de investigación son:

▪ Como un trastorno del control de los impulsos:

Es la categoría donde lo encuadra el DSM-IV debido a su parecido con otros trastornos del control de los impulsos, como cleptomanía, trastorno explosivo intermitente, piromanía y tricotilomanía. En todos ellos sería la característica principal la pérdida de control sobre la propia conducta, teniendo en común los siguientes aspectos:

- Fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o para los demás.
- Sensación creciente de tensión o de activación (arousal) antes de llevar a cabo el acto.
- Experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto.

▪ Como una conducta adictiva:

Son cada vez más los autores que se inclinan a considerarlo una conducta adictiva, en vista de los paralelismos que guarda esta problemática con otras adicciones, principalmente con el alcoholismo.

Esta teoría sería mantenida principalmente por los teóricos del aprendizaje social.

Los criterios diagnósticos guardan un paralelismo con los de “abuso de sustancias tóxicas”.

Algunos de estos autores matizan otros factores comunes:

- Socioculturales: Como la amplia aceptación social y la disponibilidad ambiental.
- De personalidad: En distintos estudios realizados con poblaciones de jugadores patológicos, alcohólicos y otros adictos emergen ciertos rasgos comunes, como extroversión y psicoticismo.
- Modelos explicativos: Desde las teorías del aprendizaje se postula la importancia del refuerzo, tanto positivo como negativo, en la génesis y mantenimiento del trastorno, el papel del condicionamiento clásico a la hora de explicar los estímulos neutros asociados al consumo, y la influencia del aprendizaje observacional, tanto por parte de la familia como de los iguales.

- Fenómenos comunes: Se han identificado una serie de factores comunes como:
 - a) La intensa preocupación por la búsqueda de juego y los síntomas de abstinencia y tolerancia.
 - b) Fenómenos como “el golpe” o el estado activado eufórico reforzantes.
 - c) La aparición de estados disociativos.
 - d) La supeditación del estilo de vida de mantenimiento de la adicción.

- Problema con amplia repercusión social: que afecta a todos los miembros de la familia.

- El proceso de recaída guarda similitudes en ambos trastornos: suele aparecer con mayor frecuencia en los tres primeros meses posteriores al alta terapéutica, las situaciones de alto riesgo son similares (estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social).

- Tratamiento: Las técnicas utilizadas en ambos trastornos son similares y también en ambos casos parecen ser preferibles los programas de tratamiento multimodales, donde juega un papel relevante la prevención de recaídas.

- Fenómenos de co-adicción: La incidencia del juego patológico entre los alcohólicos (del 4 al 25%) es más alta que entre la población normal.

Frente a esta tendencia, determinados autores hacen hincapié en las diferencias, señalando como la primer y principal que en el caso del juego patológico y otras “adicciones” no tóxicas no existe ingesta de ningún producto que ocasione cambios biológicos en el organismo, tanto a corto plazo como a largo plazo, por lo que se podría hablar de “adicción” en el sentido estricto del término.

- Como una conducta compulsiva:

Se ha considerado el juego patológico como una conducta compulsiva por las similitudes que guarda con el TOC (urgencia de llevar a cabo la conducta, el modo repetitivo, el papel reforzante de la misma, el tratamiento con fluoetina y cloripramina...).

Pero la diferencia fundamental estaría en que para los obsesivos la conducta sería egodistónica, al menos al principio del trastorno, mientras que para los jugadores patológicos es egosintónica.

Otro modo de considerar la conducta de juego es entenderla como un continuo, en uno de cuyos polos se encontraría el juego social, con una baja frecuencia de

juego y sin ningún problema asociado al mismo, y en el otro extremo se encontraría el jugador patológico.

Los defensores de este modelo se apoyan en datos tales como la relación encontrada entre tasas de participación en el juego y su disponibilidad, y dan un gran valor a las variables de aprendizaje y exposición al juego.

Creían que el jugador patológico se caracterizaría por poseer unas estrategias de juego y un modo de manejar sus finanzas deficitarias.

Este punto de vista permite admitir como meta del tratamiento el juego controlado, y da prioridad al establecimiento de leyes que ayuden a reducir su prevalencia restringiendo el acceso de la población al mismo.

2.4.- Epidemiología.

- ☞ Es a partir de los años ochenta cuando se reconoce oficialmente el juego patológico como trastorno en el DSM-III, a partir de ese momento se empieza a extender el interés por este tipo de estudios.
- ☞ Los datos epidemiológicos son necesarios a la hora de diseñar políticas de prevención, tratamiento y rehabilitación.
- ☞ Las tasas de prevalencia obtenidas por los distintos trabajos son muy dispares, tanto por el tipo de metodología utilizada como por el tipo de población de referencia.

2.4.1.- Estudios epidemiológicos.

- ☞ Los primeros estudios se realizan en Estados Unidos en la década de los setenta donde, debido a la legalización del juego en diversos estados y la expansión consiguiente, el gobierno comienza a plantearse la necesidad de conocer de un modo más objetivo esta realidad.

Se lleva a cabo un único estudio en el que se toma como referencia a toda la población estadounidense (0,77% de jugadores patológicos y 2,33% de jugadores-problema).

- ☞ En los años ochenta se han llevado a cabo distintos estudios epidemiológicos. La mayor parte de ellos se ha realizado en diferentes Estados norteamericanos, aunque también se han realizado estudios epidemiológicos en otros países como Canadá, Nueva Zelanda y España, donde las investigaciones llevadas a cabo en Cataluña, Galicia y Sevilla indican que entre el 1 y el 2% de la población entrevistada podría ser considerada como jugador patológico, mientras que los jugadores de alto riesgo podrían incluir hasta un 5,18% (en Sevilla).

- Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de revisar las políticas sobre juego llevadas a cabo en los distintos países. Parece necesario dedicar una mayor atención a los tres niveles de prevención del mismo (educación y prevención propiamente dicha, tratamiento temprano y rehabilitación) y llevar a cabo de modo periódico rigurosos estudios epidemiológicos que nos permitan comprobar si estos esfuerzos son realmente eficaces.

2.4.2.- Estudios realizados sobre determinadas poblaciones especiales.

En poblaciones de jugadores:

- Se han llevado a cabo distintos estudios donde la muestra se obtenía entre aquellas personas que se encontraban jugando.
- Estos estudios demuestran que el porcentaje de jugadores patológicos se incrementa en estas poblaciones

En jóvenes adolescentes:

- Durante mucho tiempo se supuso que el prototipo de personas jugadoras patológicas era hombres de mediana edad, debido a que este era el perfil correspondiente a aquellas personas que buscaban tratamiento por este problema.
- En los últimos años se aprecia un aumento espectacular en el número de jóvenes afectados por este problema, a causa de factores tales como:
 - La realización de estudios epidemiológicos sobre la población general, que ha puesto de manifiesto que el número de jóvenes jugadores patológicos es mucho más elevado.
 - La accesibilidad cada vez mayor al juego.
 - La mayor concienciación de la población, que posibilita que se reconozca antes el problema.
- Es de nuevo en Estados Unidos el país que da la voz de alarma y donde se han realizado un mayor número de investigaciones encaminadas a conocer esta realidad. Se han llevado a caso estudios en distintos países.
- Finalmente, la gran importancia que también puede tener el hecho de que desde el mundo adulto la publicidad y los modelos que se les ofrecen les hagan creer en la suerte como un modo fácil de obtener dinero, prestigio, admiración, etc.

2.5.- Características demográficas.

☞ Sexo: Respecto al sexo, sigue habiendo un predominio de hombres, aunque las diferencias entre sexos no son tan marcadas en los estudios epidemiológicos (relación 2:1) como en los clínicos, cuya diferencia es mucho mayor (relación 10:1)

☞ Edad: En cuanto a la edad, los datos de los estudios epidemiológicos indican que se da en todas las edades, si bien con mayor frecuencia entre la gente joven, menor de 30 años, que constituye del 30% al 40% de los jugadores patológicos identificados.

Los jóvenes sólo constituyen un pequeño porcentaje del total de la población que busca tratamiento.

Parece existir un patrón de uso distinto según la edad:

- Los más jóvenes, tienden en mayor medida, a jugar en compañía de amigos.
- Los más mayores, principalmente los jubilados, tienden a acudir solos.

☞ Clases sociales: Los cambios sociales observados en relación al juego (legalización y proliferación) han ocasionado que los juegos de azar estén hoy al alcance de personas de todas las clases sociales, de modo que la patología asociada parece extenderse por igual a los distintos niveles socioeconómicos.

De todos modos parecen existir distinciones en función de los diversos tipos de juego:

- Clase alta y media-alta (jugadores de casinos)
- Clases medias y bajas (máquinas recreativas de premio).

☞ Nivel de educación: También ha habido cambios respecto a las ideas mantenidas sobre el nivel de estudios predominante.

Los primeros estudios señalaban un nivel educativo superior al de la media de la población entre los jugadores patológicos, pero esto parece ser más bien una característica de los que buscan tratamiento.

La mayoría de estudios epidemiológicos posteriores han indicado que, al igual que la clase social, el juego patológico parece afectar a gente de todos los niveles por igual.

Otras investigaciones apuntan que el juego patológico es más usual entre los parados y los de bajos ingresos.

☞ Estado civil: En cuanto al estado civil, también cambia mucho el panorama según se obtengan los datos de entre las personas que acuden a buscar tratamiento o en la población general.

- Personas que van a buscar tratamiento: Se observa un mayor número de personas casadas (quizá por la presión familiar para que busquen ayuda).
- Población en general: Se observa que el matrimonio parece actuar más bien como protector frente a la adicción al juego, pues éste afecta más a las personas solteras, divorciadas, separadas y viudas.

Esto podría estar también en relación con la edad, pues los jóvenes, uno de los sectores más afectados suelen ser solteros.

2.6.- Edad de inicio y curso.

☞ En cuanto a la edad, suele iniciarse en la adolescencia en los hombres y más tarde en las mujeres.

☞ En cuanto al curso, pasa por diversas oscilaciones, pero tiende a la cronicidad.

2.7.- Problemas asociados al juego.

El jugador patológico se caracteriza por haber perdido el control sobre el juego, de modo que no puede resistir el impulso de jugar, sino porque esta conducta le causa problemas en el ámbito personal, familiar, social, laboral y legal.

☞ Personales: En muchas ocasiones, el juego va acompañado de una serie de alteraciones en la esfera personal:

- Consumo de drogas: Es bastante frecuente que la persona consuma alcohol, tabaco y otras drogas mientras juega, lo que agrava las consecuencias negativas.

Las causas de esto son muy diversas (condicionamiento clásico, refuerzo tanto negativo como positivo y aprendizaje observacional):

- El jugador consume alcohol para aumentar su nivel de excitación y sentir una mayor emoción en el juego.

- La persona consume para no ser tan consciente de las pérdidas y problemas que el juego le está ocasionando.
- Al ingerir alcohol u otras drogas la persona se siente relajada y a gusto, experimentando un estado de bienestar que no consigue en otras circunstancias.

El jugador difícilmente se da cuenta de la cantidad que está consumiendo, ya que esto puede llegar a convertirse en un hábito que se realiza de modo automático.

Además de este consumo mientras se juega, hay personas que utilizan el alcohol u otras drogas con el fin de no sentirse culpables por las pérdidas y problemas que el juego les está causando, y debido a estos efectos tranquilizadores llegan a hacerse dependientes de este tipo de sustancias.

El deterioro es mayor en jugadores que abusan de alcohol u otras sustancias tóxicas.

El consumo de drogas desempeña un papel importante en las recaídas, ya que estas sustancias hacen que disminuya el control que la persona tiene sobre sus propias conductas.

También puede ocurrir en sentido inverso: las personas que tratan de abandonar el consumo de drogas buscan muchas veces el conseguir de nuevo las emociones y sensaciones agradables que le proporcionaban éstas, creando así dependencia hacia otro tipo de sustancias o actividades excitantes, como el juego.

- Otras conductas adictivas: McCormic y Taber hacen referencia al estilo compulsivo que los jugadores manifiestan a veces en otras actividades placenteras, como fumar, comer, la actividad sexual e, incluso, el fervor compulsivo con el que acuden a Jugadores Anónimos.
- Trastornos afectivos: La depresión aparece con frecuencia acompañando al juego, esta depresión puede ser tan intensa que llegue a desembocar en un intento de suicidio.

Su incidencia es más elevada en las personas que, además de ser jugadores patológicos, consumen alcohol u otras drogas.

La mayor parte de la veces, la depresión es resultado de la conducta de juego, debido a las consecuencias desastrosas de éste sobre la vida del sujeto.

También puede ser un desencadenante del juego, ya que la persona, podría utilizar éste como un modo de hacer frente a estos sentimientos desagradables.

Se establecería así un círculo vicioso. De hecho, los trastornos afectivos son la causa de muchas recaídas.

- Estrés postraumático: En un estudio se encontró que el 23% de los jugadores había vivido acontecimientos vitales muy estresantes. Estos estudios no son generalizables debido a la muestra en que fueron tomados (veteranos del Vietnam).
- Ansiedad: En la mayor parte de los jugadores, la ansiedad suele ser pasajera y producto de presiones financieras o legales, pero muchos de los sujetos la confunden con la depresión. Además la ansiedad podría ser mayor en los que utilizan el alcohol mientras juegan, como un modo de bloquear la ansiedad producida por el propio juego.
- Trastornos psicosomáticos: Parece existir una incidencia alta de trastornos psicosomáticos entre los jugadores, tales como dolores de cabeza, problemas estomacales, alteraciones del ciclo sueño-vigilia etc.
- Trastornos de personalidad: Aunque no existen muchos datos, parece que el juego puede acompañar a determinados trastornos, principalmente al trastorno antisocial de la personalidad, al narcisista y al límite.

Los datos parecen indicar que estos trastornos precederían al inicio del juego, actuando como predisponentes al mismo tiempo, pero sus consecuencias contribuirían a su vez al agravamiento del trastorno de personalidad.

- ☞ Familiares: Los miembros de la familia del jugador son los más afectados por su falta de control y las consecuencias que esto tiene a nivel social. Son un modo de obtener recursos para seguir jugando y suelen ser el principal motivo para dejarlo, por tanto funcionan tanto como un elemento facilitador como inhibidor del juego.

Se ha estudiado más a los cónyuges femeninos, debido a que la mayor parte de los jugadores son hombres. Y se ha encontrado una tasa alta de trastornos psicosomáticos y depresivos en ellas, así como dificultades de comunicación y relaciones sexuales insatisfactorias. Algunos autores hablan de un proceso de tres fases por el que pasan las mujeres de los jugadores: una fase inicial de negación, seguida de otra de estrés, que desemboca en la fase de agotamiento o desesperación donde suelen aparecer los trastornos psicosomáticos.

Las consecuencias negativas sobre los hijos son múltiples y variadas, tanto por las condiciones negativas en las que viven como por los modelos a los que se ven sometidos. Por tanto no es de extrañar que sea una población de riesgo para el desarrollo de conductas problemáticas.

Con el incremento del juego patológico en adolescentes, se ha empezado a estudiar la repercusión que tiene sobre los padres. Éstos pueden adoptar diversas posturas:

desde sentirse asustados, amenazar, proporcionar dinero para pagar deudas, aceptando a cambio dudosas promesas de finalizar el juego. Generalmente suele haber una mayor implicación de la madre que lo oculta por miedo a la reacción del padre.

- ☞ Sociales: En sus fases avanzadas puede llevar al aislamiento social, no sólo porque se pasa gran parte del día jugando, sino porque tiende a pedir o sustraer dinero a amigos y esto da lugar a un rechazo.
- ☞ Laborales: Puede afectar al ámbito laboral a varios niveles: por un lado suele conllevar una menor implicación en el trabajo; y no son extrañas las ausencias. A un nivel más grave, cuando las deudas son acuciantes, pueden recurrir a apropiaciones indebidas, aunque con la intención de devolverlo. Esto puede llevar al despido, a la no promoción etc.
- ☞ Legales: Una vez agotada las fuentes de financiación legal pueden recurrir a la comisión de delitos que le permitan obtener dinero para seguir jugando.

2.8.- Tipos de jugadores.

- ☞ Bergler (1957): Distinguió seis tipos de jugadores desde un punto de vista psicoanalítico:
 - Jugador clásico.
 - El hombre pasivo-femenino.
 - El pseudosuperior defensivo.
 - Jugador motivado por una culpa inconsciente.
 - El jugador impasible.
 - La mujer jugadora.
- ☞ Moran (1970): Distingue cinco subgrupos de mayor a menor frecuencia)
 - Neurótico: Como respuesta a una situación o problema emocional.
 - Psicopático: Como una conducta más de este trastorno.
 - Impulsivo: Con un bajo control de los impulsos.

- Subcultural.
- Psicótico: Asociado a un trastorno psicológico primario.

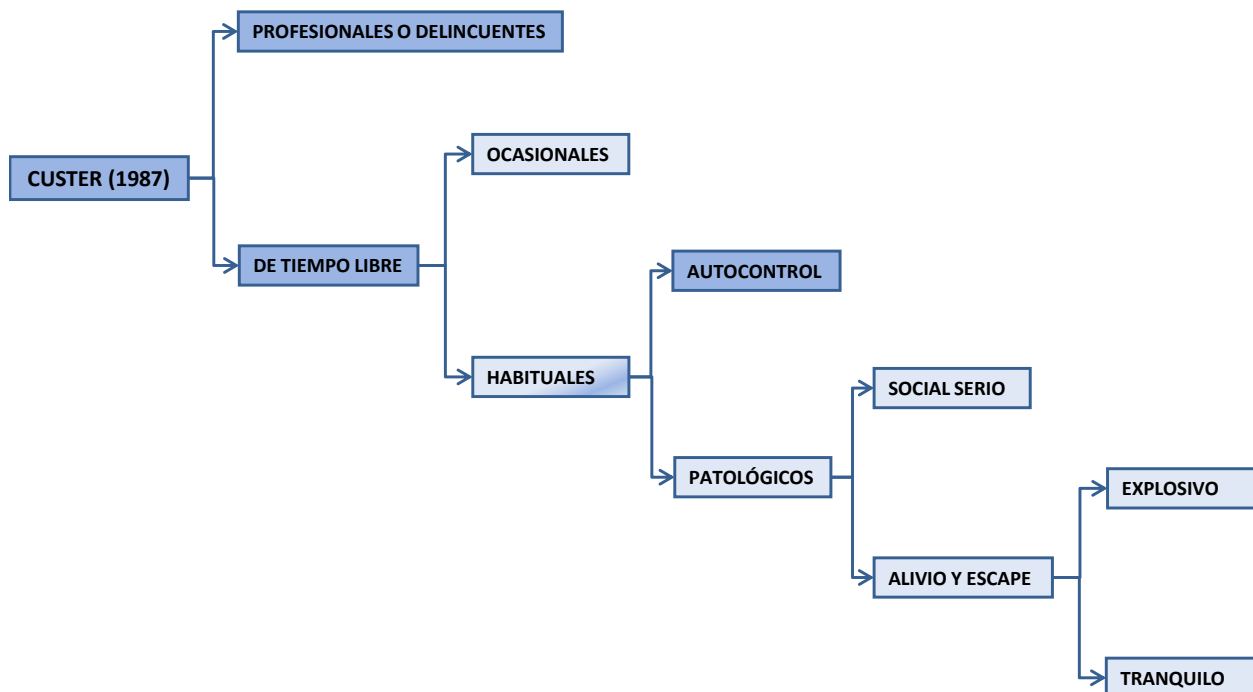
☞ Kusyszyn (1978): Relaciona a los jugadores según cuatro factores relacionados con la propia definición de juego patológico. La combinación de estos cuatro factores posibilita la existencia de 16 tipos de jugadores.

- Si gana o pierde dinero.
- Si dedica mucho o poco tiempo al juego.
- Si hay o no personas afectadas negativamente por su conducta de juego.
- Si se siente bien o mal con su conducta de juego.

☞ Custer (1987): Hace referencia a las motivaciones que llevan a jugar, distingue entre:

- Profesionales o delincuentes: Consideran el juego como fuente de ingresos, utilizando en sus apuestas un cálculo ponderado y manteniendo un control sobre el mismo.
- Jugadores de tiempo libre:
 - Jugadores ocasionales.
 - Jugadores habituales:
 - ❖ Jugadores que muestran autocontrol.
 - ❖ Jugadores patológicos (jugadores-problema):
 - ✓ Social serio: inicia el juego por entretenimiento sin que existan problemas personales o familiares previos, aunque progresivamente van implicándose en el juego, hasta que aparecen problemas en una de estas áreas.
 - ✓ Alivio y escape: Utilizan el juego como modo de escape frente a emociones desagradables (ansiedad, aburrimiento, soledad...)
 - ☼ Explosivo: tiene episodios de juego intenso donde descarga su ira o se siente importante.

- ☼ Tranquilo: Usa el juego como evasión de algún aspecto desagradable de su vida.



📄 McCormick y Taber (1987): Aíslan 3 tipos de jugadores:

- Características obsesivo-compulsivas: con depresión endógena, cuenta en su historia con algún trauma vital identificable, con abuso de alcohol y/u otras drogas y que está relativamente bien socializado.
- Compulsividad relativamente elevada: muestra ansiedad y depresión situacional moderada, abuso de alcohol esporádico y moderado y una baja sociabilización.
- Con alta Compulsividad: predomina la hostilidad más que la depresión, moderados traumas en su historia vital, sin abuso de sustancias adictivas y muy baja socialización.

📄 Jugadores anónimos: Distinguen tres tipos de jugadores:

- Jugador serio: Juega de modo regular, dedicando un tiempo y dinero considerable, pero aunque el juego ocupa gran parte de su vida no causa problemas en otras áreas.

- Jugador dependiente: Es aquel que utiliza el juego como escape a emociones desagradables, descuidando a menudo sus obligaciones sociales y económicas, aunque es capaz de parar, al menos temporalmente, cuando la conducta de juego amenaza su integridad familiar o laboral.
- Jugador compulsivo: es, en ocasiones, una fase más avanzad del anterior. En este caso, la persona no es capaz de parar de jugar, a pesar de los problemas que esta conducta le ocasiona. Existe una pérdida de control sobre el juego.

☞ González (1989): Diferencia tres tipos de jugadores según las motivaciones para el juego u las consecuencias del mismo:

- Jugador social: sería aquel que juega por placer, de modo esporádico y con control sobre el juego.
- El jugador profesional: también mantiene un control sobre su conducta de juego, estudiando las jugadas de modo que le permitan obtener beneficios.
- Jugador patológico: sería aquel que ha perdido el control sobre su conducta de juego, con un deterioro personal, familiar y social.

☞ Ochoa y Labrador (1994): añaden a la clasificación de González una cuarta categoría:

- Jugador problema: (similar al dependiente de Jugadores Anónimos). Serían aquellos jugadores que aunque todavía mantienen un cierto control sobre su conducta de juego, sin graves problemas en su vida laboral y familiar, dedican gran cantidad de tiempo y dinero al juego, presentando un alto riesgo de convertirse en jugadores patológicos.

3.- FACTORES PREDISPONENTES Y MANTENEDORES DEL JUEGO PATOLÓGICO.

El juego patológico es un trastorno multicausal, ya que ningún factor por sí solo puede dar cuenta del inicio, desarrollo y mantenimiento de este problema.

La mayor parte, de estudios se centran en uno o pocos factores.

No todos los factores influyen de igual manera en todas las personas ni de la misma manera en cada momento del desarrollo del problema.

Las conclusiones también se ven dificultadas por el hecho de ser, en su mayoría, estudios retrospectivos o centrados en el momento de juego actual.

3.1.- Factores predisponentes:

Son factores que podrían ayudar a explicar por qué una persona empieza a jugar.

☞ Factores personales: Son las características que presenta la persona y que le predisponen a utilizar el juego como válvula de escape a sus problemas:

- Características de personalidad: Los estudios realizados en busca de determinadas características de personalidad, han dado resultados confusos. Los estudios iniciales son descriptivos de casos únicos. Posteriormente se llevaron a cabo correlacionales. De ellos lo más que se puede inferir es que hay determinadas características de personalidad que parecen ser más frecuentes entre los jugadores patológicos.

Siguiendo a Ochoa y Labrador distinguimos entre los estudios centrados en:

➤ Dimensiones generales de personalidad.

En algunos estudios se observa que los jugadores puntúan alto en neuroticismo y psicoticismo, pero en otros estudios esto no se observa. Lo mismo ocurre cuando se estudia la extroversión. Los estudios de valoración de la personalidad con la escala MMP1 tampoco son concluyentes, aunque se aprecian ciertas dosis de consistencias, como la elevación en las escalas 4(Pd) y 2(D).

➤ Dimensiones más específicas de personalidad.

- ❖ Distintos estudios han tratado de valorar la dimensión "Búsqueda de sensaciones" (BS). Los resultados tampoco son consistentes. Determinados autores encuentran puntuaciones más altas de BS entre los jugadores-problema y los patológicos, y hay evidencia que los que puntúan más alto apuestan más y tienen mayores incrementos en la tasa cardíaca. En otros estudios los jugadores puntúan más bajo que el resto. Por lo tanto, parece ser que hay un grupo con altas puntuaciones, para los que el juego fuera altamente reforzante debido a las fuertes emociones inherentes al mismo.
- ❖ Otra dimensión que se ha estudiado es el "Locus de control" (LC) que hace referencia a la creencia que la persona tiene sobre qué determina los sucesos que le afectan. De nuevo los resultados son contradictorios, aunque los jugadores parecen presentar un LC externo, siendo más probable el LC interno en juegos de habilidad, y un LC externo en los de azar.

Esta misma diferenciación aparece en los estudios realizados con el MMP1, en el que los de habilidad, parecen ser más expansivos e impulsivos necesitando mayor contacto social, y tienden a la búsqueda de situaciones estimulantes. Los jugadores de juegos de azar son menos gregarios, más pasivos y tienden a la depresión.

- Factores biológicos: En la actualidad existen unos estudios que ponen de manifiesto el papel que desempeñan las variables biológicas en el inicio y mantenimiento del juego patológico. Se trataría de una predisposición hacia la adquisición de conductas adictivas.

Entre las teorías más aceptadas están las basadas en la existencia de alteraciones en la activación fisiológica previa y en el papel reforzante como un modo de conseguir el equilibrio en el arousal. Las más relevantes son las de Brown y las de Jacobs.

- El modelo de Brown considera la activación o excitación inherente al juego como reforzante. Aquellas personas para las que una baja activación resulta desagradable y que descubren el poder reforzante de la conducta adictiva, tenderán a repetir cada vez más esta conducta, esto dará lugar al síndrome de abstinencia. El nivel de arousal cada vez más alto, produce un estrechamiento de la atención, lo que contribuye a la aparición de cogniciones erróneas y estados confusionales, y permite escapar de otras preocupaciones (refuerzo negativo).

Posteriormente Brown y Anderson trataron de ampliar el modelo adaptándolo a la teoría de la reversión de Apter, explicando las adicciones como un intento de manipular el tono hedónico, de modo que explica no sólo el juego para aumentar el arousal, sino como un modo de recatalogar la ansiedad, de negativa (problemas) a positiva (excitación por el juego).

- La teoría de Jacobs, postula que aquellas personas con un estado de arousal anormal (hipertensivos o excitados, o hipotensivos o deprimidos), presumiblemente heredados, corren un mayor riesgo de adquirir la adicción, sobre todo si al llegar a la adolescencia no han aprendido las habilidades de afrontamiento necesarias para hacerles frente, y se caracterizan por la existencia de un estado crónico de baja autoestima y sentimientos de incapacidad. De este modo cuando descubren la conducta adictiva como modo eficaz, este poder reforzante hará que la conducta se repita.

Datos a favor de ambas teorías serían los resultados de los estudios que muestran que existe un aumento del nivel de excitación asociado al juego. Además, los datos actualmente disponibles sugieren que la activación podría resultar reforzante no sólo en sí misma, sino por producir un aumento en la síntesis y liberación de endorfinas.

En los últimos años también se ha encontrado en los jugadores patológicos:

- Un déficit de noradrenalina;
- Problemas en la diferenciación hemisférica, similares a los encontrados en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Queda también por saber si estas diferencias son previas a la aparición del trastorno o una consecuencia del mismo.

- Variables cognitivas: Parece que las personas caracterizadas por determinados estilos cognitivos, tales como:
 - Pensamiento mágico (esperar que el dinero conseguido en el juego solucione todos los problemas).
 - Tendencia a fantasear (verse querido y admirado por sus ganancias),

Tendrían una mayor probabilidad de crear adicción al juego, sobre todo si una vez que han empezado a jugar se pusieran en marcha los factores que lo potencian, como los refuerzos inherentes al juego o los sesgos cognitivos y atribucionales que acompañan a éste.

- Factores de aprendizaje: La simple exposición al juego parece ser uno de los factores predisponentes. Además incrementa la toma de riesgo en todo tipo de jugadores, no sólo en los patológicos.

El modelado por parte de amigos, padres y figuras relevantes juega un papel de aprendizaje de la conducta de juego, pero además las nuevas generaciones tienen un aprendizaje temprano en la experimentación de refuerzos asociado al uso de videos-juegos, consolas etc.

📖 Factores familiares: El DSM-III-R incluye como factores predisponentes al juego los siguientes:

- Disciplina familiar inadecuada.
- Exposición al juego durante la adolescencia
- Familia de origen que da gran importancia al dinero y símbolos materiales.
- Falta de hincapié familiar en el ahorro, la planificación, el realizar presupuestos y, en las mujeres tener un marido con dependencia alcohólica o ausente con frecuencia de casa.

- Tener padres con personalidad inestable, altamente competitivos que valoran mucho la competición y el éxito personal.

Estos datos hablan de la importancia del aprendizaje en las primeras etapas de la vida como determinantes del surgimiento del juego patológico.

Sin embargo, los vínculos familiares pueden actuar como freno al desarrollo del juego, como se demuestra en el hecho de que la mayoría de las personas que buscan tratamiento son casadas.

- ☞ Factores socioambientales: Incluye la gran oferta de juegos de azar disponibles y la gran difusión de éstos en los medios de comunicación (que nos prometen hacernos ricos) y la fácil accesibilidad a los mismos. Cuando estos factores aparecen en un momento de crisis económica, no es extraño que cada vez más personas recurran al juego y que se conviertan en patológicos dependerá de la interacción con otros factores.

3.2.- Factores predisponentes:

Se trata de factores que pueden explicar por qué, a pesar de las pérdidas continuadas, siga jugando hasta llegar a depender totalmente del juego.

- ☞ Refuerzos positivos y negativos:

- Positivos:

La activación fisiológica parece ser uno de los refuerzos positivos más importantes. La mayor parte de éstos son de naturaleza intermitente y de razón variable, y esto contribuye a que la persona mantenga la ilusión "la próxima tocará"; asimismo, este refuerzo produce un mayor arousal. Este patrón de refuerzo ha demostrado ser el más poderoso a la hora de mantener una conducta. El poder adictivo es mayor cuanto menos tiempo transcurra entre la jugada y la obtención del premio.

- Negativos:

La persona realiza una conducta para liberarse de algo desagradable. Si la conducta tiene éxito, incrementará la probabilidad de que se repita al sentirse mal.

En muchas ocasiones, el malestar que el sujeto trata de disminuir jugando se debe a la propia ausencia del juego "síndrome de abstinencia". McConaghy y cols. tratan de explicar la aparición de los síntomas por medio de la teoría del mecanismo de ejecución conductual, según la cual cuando una conducta se

repite con frecuencia, se establece en el SNC un mecanismo que posibilita tanto su puesta en marcha como su finalización.

Cuando la persona se encuentra con estímulos discriminativos de esta conducta surge el impulso de llevarla a cabo. Si dicha persona no realiza la conducta se produce un aumento de la activación, con el consiguiente malestar subjetivo, de modo que se realiza la conducta como único medio de librarse del malestar (refuerzo negativo).

Este factor podría tener un mayor peso en aquellas personas que han experimentado un trauma emocional en sus vidas y encuentran en el juego un modo de escape a la disforia crónica resultante.

☞ Estímulos discriminativos: Existen una serie de estímulos que están presentes cuando se juega, la música, las luces etc. Con el tiempo el jugador aprende a asociar estos estímulos con las sensaciones que el juego le proporciona. Son estímulos que llaman su atención y favorecen que se produzca la respuesta.

☞ Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales: Los factores cognitivos juegan un papel fundamental en la adquisición y en el mantenimiento del juego patológico. Parece que mientras las personas juegan procesan la información de un modo que da lugar a pensamientos erróneos, que son admitidos como válidos en ese momento. (La mayor parte de los estudios han sido realizados con población normal, aunque en la actualidad están siendo corroborados con muestras clínicas.

Ladouceur y cols. Han desarrollado un método denominado "pensar en voz alta" consiste en entrenar a los sujetos a verbalizar en voz alta todo lo que se le pase por la cabeza mientras realizan determinada tarea como jugar. Los resultados indican que se producen esos errores cognitivos, los más importantes serían:

- Relación causa-efecto "ha salido tres veces el rojo seguro que sale otra vez"
- Formular hipótesis sobre el juego, estrategias "si retengo esta fruta, saldrás el premio".
- Confirmación de una hipótesis o predicción "sabía que esta vez ganaba". O sorpresa cuando no se confirma "que raro pensé que saldría".
- Personificación de la máquina "me está volviendo loco esta máquina".
- Situar el mérito o error en uno mismo, percepción de habilidad personal y/o control, referencia a habilidades personales "es cuestión de control, al final lo dominaré". Pensar que se posee una habilidad para identificar ciertas características de la máquina.
- Referencia a un estado personal "hoy tengo suerte, debería comprar lotería".

Estas creencias guardan relación con distintos sesgos cognitivos que están afectando a la percepción. Los más importantes serían:

- La ilusión del control: Son las expectativas sobre el éxito personal sin tener en cuenta las leyes de la probabilidad. De esta forma se recurre a la habilidad y la suerte para explicar los resultados.

Muchas veces este supuesto control se ejerce mediante diversos rituales y supersticiones, resultado del pensamiento mágico que se observa en muchos jugadores patológicos (una ropa determinada y ganar). Se trata de una relación no lógica que se ha hecho evidente a través de la casualidad.

- Atribuciones diferenciales en función del resultado: Las personas tienden a atribuir el éxito a factores personales tales como la habilidad o el esfuerzo, y el fracaso a factores externos como la mala suerte, el ruido etc.

Este sesgo refuerza la creencia de que el premio siempre está a punto de salir, por lo que debe seguir jugando. De hecho en los juegos donde se pierde por muy poco, se produce mayor excitación, funcionan como un adelanto del refuerzo y provocan una nueva jugada.

- El sesgo confirmatorio: Este sesgo hace referencia a la atención selectiva que las personas mostramos hacia la información que apoya nuestro punto de vista. De este modo el jugador sólo atiende a los resultados positivos (ganancias) interpretándolos como habilidad mientras que no atiende a los resultados desfavorables. Este sesgo también aparece en la recaída. El jugador se cataloga como "sin solución", de modo que una recaída en el juego la interpreta como una confirmación de esta idea.

Estos sesgos y sus ideas irracionales resultantes pueden aparecer en distintos momentos a lo largo del juego: anteceden a la conducta de juego; la acompañan y mantienen; y justifican o excusan los malos resultados. Esto dificulta que el jugador haga frente a su problema.

- 📄 Falta de habilidad para hacer frente a los impulsos: La falta de habilidades de autocontrol, de comunicación, de manejo de dinero, de afrontamiento del estrés etc. Contribuyen al aumento de los problemas y de la conducta de juego. Todo programa de tratamiento éxito debe incluir su evaluación y el entrenamiento en las que resulten deficitarias.

4.- MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO.

4.1.- Los primeros modelos:

☞ Modelo moral: Percibe al juego como una falta de voluntad o un déficit moral. No es exactamente un modelo.

☞ Modelos psicoanalíticos: Fueron los primeros en intentar dar una explicación a este trastorno.

Fue Freud, con el estudio que realiza sobre la personalidad de El Jugador de Dostoyevsky, el que inicia el interés de los profesionales por el juego.

Los psicoanalistas creen que el juego es la expresión de una neurosis subyacente relacionada con una regresión a fases psicosexuales pregenitales, donde la conducta se orienta a satisfacer los impulsos eróticos.

Bergler, lo percibe como un deseo inconsciente de perder, como un modo de autocastigo, por los impulsos agresivos experimentados hacia el padre.

Estas explicaciones no están basadas en datos empíricos, sino en estudios descriptivos.

☞ Modelos operates: Fueron los primeros intentos de explicar el juego desde el paradigma del aprendizaje (Skinner) Explican su persistencia en función de tasas de refuerzo irregular y se basan en experimentos de laboratorio.

Dickerson en 1979 amplía el modelo, admitiendo dos tipos de reforzadores, la ganancia y la excitación asociada a las cogniciones y estímulos ambientales, consigue apoyo en un investigación de campo.

4.2.- Modelos posteriores:

Modelos que en la actualidad intentan explicar de modo comprensivo el juego patológico.

☞ Blaszczynski y cols.:

Estos autores creen que deficiencias en la endorfina-B puedan predisponer a algunos individuos a responder positivamente a actividades que incrementan el arousal y los niveles de endorfinas, y de este modo el estado de ánimo. La exposición temprana al juego y la disponibilidad del juego ayudarían a establecer la conducta. Además, estrategias inadecuadas de afrontamiento o determinadas

características de personalidad podrían dar lugar a ansiedad o a un estado de ánimo disfórico, y la persona podría utilizar el juego para buscar el nivel de arousal óptimo.

Pero este efecto es sólo temporal. Cuando las pérdidas asociadas al aumento de juego incrementan la ansiedad la persona buscará jugar de nuevo, y cada vez necesitará más para superar los efectos de la tolerancia. Además las alteraciones cognitivas actuarán distorsionando los resultados.

Brown:

A partir de sus estudios sobre el arousal, desarrolla un modelo general del juego. Para él las principales variables intervinientes serían:

- Relaciones internalizadas con el objeto sobre el que se fantasea: incluye las relaciones imaginadas y sentidas con las figuras parentales internalizadas y con la proyección de tales figuras (la Diosa Fortuna), y los intentos de manipular o cambiar estas relaciones.
- Necesidades psicofisiológicas de arousal: incluye las preferencias por un determinado nivel de arousal y la utilización del juego como modo de autorregulación.
- Variables cognitivas: distorsiones perceptivas y de pensamiento. Incluye la ilusión de control, las evaluaciones sesgadas, las expectativas de ganancia y los sueños sobre su vida cuando ganen.
- Factores afectivos: incluye el poder que tienen las emociones como la ansiedad y la depresión.
- Patrones de refuerzo conductual: incluye el refuerzo intermitente de razón variable.
- Determinantes sociales e institucionales: incluye el cada vez más limitado número de estrategias para obtener dinero y pagar las deudas.
- Relaciones significativas con otros: incluye las necesidades de poder, afecto, estatus y los intentos de gratificar estas necesidades a través del juego.
- Condiciones socioculturales: oportunidades para jugar, modelado por parte de padres u otros, presión social para jugar etc.

Estas variables se combinarían en distintos momentos del proceso:

- En la fase de inducción: las variables socioculturales.
- Adopción de la conducta: depende de los patrones de refuerzo en las primeras experiencias, de las necesidades de arousal, y de la búsqueda de sensaciones, susceptibilidad al aburrimiento etc.

- En la fase de promoción: es donde se convierte en la actividad de placer, influyen todos los factores con preponderancia de los sociales e institucionales.
- En la adicción: todos los componentes aunque predomina el jugar para hacer frente a las deudas (sociales e institucionales).

📄 McCormick y Ramírez:

Consideran en su modelo cinco factores que pueden dar lugar al juego patológico:

- Una predisposición biológica.
- Un fracaso en la socialización.
- Vivencias estresantes en las primeras etapas de la vida.
- Determinadas variables de personalidad.
- Situaciones de estrés recientes.

Cuando la persona sufre un malestar psicológico y no cuenta con las habilidades necesarias puede buscar las conductas adictivas como modo de hacerles frente. La elección de una conducta u otra está en función de distintas variables, las más importantes son la exposición y la accesibilidad.