

## ***Intervención social en el juego patológico: el papel del psicólogo de apoyo en las asociaciones de autoayuda***

**Ricardo TEJEIRO SALGUERO**  
*Ayuntamiento de Algeciras*

### *Resumen*

Se define el juego patológico y se enumeran los criterios diagnósticos según el DSM-IV. Se comentan los principales trastornos asociados a la conducta de juego excesivo: relación con otras psicopatologías, relación con la adicción a sustancias, alteraciones familiares, relacionales, económicas y laborales. Tras enumerar los tratamientos psicológicos propuestos por los diversos enfoques, se analizan las limitaciones reales con que se enfrenta el psicólogo en la aplicación práctica de dichos enfoques en las asociaciones de autoayuda, y se enumeran y comentan las aportaciones reales que este profesional puede hacer dentro de dicho contexto. Finalmente, se comentan las relaciones del psicólogo con otros profesionales que trabajan en dichas asociaciones, como trabajadores sociales y psiquiatras, y se hacen sugerencias para prevenir el crecimiento del problema.

*Palabras clave:* juego patológico, organizaciones de auto-ayuda, servicios sociales.

### *Abstract*

Pathological Gambling is defined and diagnostic criteria after DSM-IV are listed. The main disorders associated to the excessive gambling behavior are discussed: relationship with other pathologies, relationship with the addiction to other substances, and family, relations, economical and work disorders. After discussing the psychological treatments proposed by the different views, the real limitations faced by the psychologist in the practical implementation of these proposals in the self-help organizations are listed and discussed, as well as the actual help that this professional can provide within that context. Finally, the relationship of the psychologist with other professionals working in those associations (social workers and psychiatrists) is discussed, and suggestions are made to prevent the increase of the problem.

*Key words:* pathological gambling, self-help organizations, social services.

En los últimos años estamos asistiendo a un creciente interés por el problema del juego patológico, tanto entre los pro-

fesionales como en la población general, que refleja el fuerte crecimiento que esta adicción está teniendo en nuestras socie-

dades. En este sentido, y aunque las carencias metodológicas de los primeros estudios impiden cuantificar el incremento, basta comparar el 1-2% de prevalencia del juego patológico en la población general (Volberg y Steadman, 1988; Legarda, Babio y Abreu, 1992) con el 5'5% de prevalencia entre los menores de edad (Lesieur, Cross, Frank, Welch, White, Rubenstein, Moseley y Mark, 1991). Como suele ser habitual, la sociedad está reaccionando torpemente y con retraso ante este emergente problema. Hoy por hoy, el único medio de tratamiento disponible para los jugadores patológicos son las asociaciones de autoayuda. Estas asociaciones suelen contar con recursos financieros, humanos y materiales muy limitados. La incorporación de profesionales a estas asociaciones suele realizarse con carácter voluntario y no remunerado. Ante tales carencias, y en cumplimiento de su función de asistencia a las organizaciones y asociaciones de autoayuda, los servicios sociales comunitarios suelen poner a disposición de las mismas a sus profesionales; pero con frecuencia tal puesta a disposición no responde a un plan de acción concertado entre los distintos sistemas públicos pertinentes (sanitario, legal...) sino más bien se ajusta a la disponibilidad de recursos y a la buena voluntad de los responsables y profesionales de los servicios sociales. En este contexto, el psicólogo asignado al apoyo a estas asociaciones se enfrenta a una serie de dificultades y limitaciones que hacen muy difícil su tarea y que, en el mejor de los casos, impiden que obtenga todo el rendimiento posible de unos recursos tan escasos. Dado que, previsiblemente, en los próximos años va a

incrementarse el número de asociaciones de autoayuda para el tratamiento de este problema, creemos necesario analizar las circunstancias reales en que se desenvuelve la labor del psicólogo de apoyo a fin de clarificar la acción de los profesionales que, en la actualidad o en el futuro, puedan ser asignados a esta tarea.

### **Diagnóstico clínico del juego patológico**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III-R) define el juego patológico como *«un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o vocacionales»* (APA, 1987, p. 388). En su nueva versión, el DSM-IV establece 9 síntomas que diferencian a los jugadores patológicos (Lesieur y Rosenthal, 1991), que se relacionan en la tabla 1.

### **Trastornos asociados al juego patológico**

#### ***Trastornos psicopatológicos***

Una revisión de la literatura pone de relieve que los jugadores patológicos exhiben altas tasas de enfermedad mental, principalmente depresión mayor y transtorno hipomaniaco (McCormick, Russo, Ramírez y Taber, 1984; Echeburúa, 1992). Igualmente, se ha diferenciado la depresión que precede al comienzo de los problemas de juego, en la que éstos surgen como consecuencia de una bús-

*Tabla 1.* Criterios diagnósticos para el juego patológico en el DSM-IV (siguiendo a Lesieur y Rosenthal, 1991).

### **Criterios diagnósticos para el juego patológico en el DSM-IV**

1. Conforme el juego progresa, mayor preocupación por revivir las experiencias de juego pasadas, planeando el siguiente juego o pensando en el modo de conseguir dinero.
2. Necesidad de jugar con mayor cantidad de dinero para obtener la excitación deseada.
3. Desasosiego o irritabilidad cuando intenta disminuir o dejar de jugar.
4. Jugar como un modo de escapar de los problemas o de los estados de sentimiento intolerables.
5. Después de perder dinero en el juego, regresar otro día para intentar recuperarlo ("cazar" las pérdidas).
6. Mentir a la familia, empleador o terapeuta para proteger y ocultar su grado de implicación en el juego.
7. Cometer actos ilegales como falsificación, fraude, robo o desfalco, para financiar el juego.
8. Arriesgar o perder una relación importante (matrimonio, estudios, trabajo o carrera) debido al juego.
9. Necesidad de otro individuo que proporcione dinero para aliviar una situación financiera desesperada a causa del juego.

queda de escape, y la depresión que es una consecuencia de los problemas relacionados con el juego (Lesieur y Blume, 1991a). Otros trastornos psicopatológicos que han sido asociados a la conducta de juego excesivo han sido la ansiedad (Blaszczynsky y McConaghy, 1989), el trastorno antisocial de la personalidad (Blaszczynsky, McConaghy y Frankova, 1989) o el trastorno narcisista de la personalidad (Taber, Russo, Adkins y McCormick, 1986).

#### **Relación con otras adicciones**

El DSM-III-R, (APA, 1987) establece prácticamente los mismos criterios para el diagnóstico del juego patológico y del abuso de sustancias, incluyendo síntomas fisiológicos esenciales en la adicción a sustancias psicoactivas, como la dependencia, la tolerancia o la pérdida de control (Corless y Dickerson, 1989). Son muchos los clínicos y teóricos que consideran que el gran número de similitudes entre el juego patológico y la dependencia a sustancias justifica plenamente la considera-

ción de aquel como una conducta adictiva (Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez Martos, 1987). Las investigaciones han demostrado, de hecho, que en el juego patológico se produce un síndrome de abstinencia (Wray y Dickerson, 1981) y tolerancia (Anderson y Brown, 1984).

Está igualmente demostrada la estrecha relación entre el abuso de sustancias y la conducta de juego patológico. Son numerosos los trabajos que ponen de relieve que la tasa de problemas de alcohol y drogas entre los jugadores patológicos es significativamente superior a la de la población general (Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983; Lesieur, Blume y Zoppa, 1986). A la inversa, también se encuentran mayores tasas de juego patológico en los sujetos dependientes del alcohol que en la población general (Lesieur, Blume y Zoppa, op.cit.; Lesieur y Rosenthal, 1991). También han sido detectadas en los jugadores patológicos altas tasas de dependencia química (Ramírez, McCormick, Russo y Taber, op.cit.) y de consumo de cigarrillos (Becoña, 1993).

### ***Problemas familiares y relacionales***

Una de las principales características de la conducta de juego patológico es su negativa repercusión sobre el entorno familiar, social y laboral del jugador. Las consecuencias que tiene el juego patológico sobre el cónyuge del jugador están bien documentadas. Así, encontramos deterioros en las relaciones sexuales, desamparo, desesperación, aislamiento, culpa, confusión, depresión, pensamientos de divorcio, pensamientos de suicidio, recurso a actividades excesivas como beber y fumar, abusos físicos y verbales a los hijos, acompañados de problemas físicos frecuentes tales como dolores de cabeza, problemas intestinales y diarreas, sentirse desfallecer, con vértigo, frío, manos sudorosas, hipertensión y problemas respiratorios (Lorenz y Shuttlesworth, 1983; Lesieur y Blume, 1989).

Otros estudios demuestran que los trastornos producidos por un jugador patológico se extienden, en igual o mayor medida, a sus padres y abuelos (Heineman, 1989), hermanos (Custer y Milt, 1985) y, sobre todo, a sus hijos. Los trastornos y alteraciones más frecuentes en los hijos de jugadores son un mayor abuso de sustancias, trastornos psicósomáticos tales como alergias, asma, problemas digestivos crónicos o dolores de cabeza, padecimiento de abuso parental, tanto físico como verbal, rendimiento académico inconsistente, escasas habilidades sociales, y conducta de juego (Franklin y Thoms, 1989; Lorenz y Shuttlesworth, op.cit.).

### ***Problemas laborales y económicos***

En el ámbito laboral, a las deudas a compañeros y superiores se van unien-

do las bajas reales o fingidas, los retrasos, las mentiras y en ocasiones los hurtos, no siendo infrecuente que la historia acabe con sanciones e incluso el despido del jugador patológico (Bombín, 1992). Respecto a las repercusiones legales de la conducta de juego patológico, hay evidencia de altas tasas de arrestos, encarcelaciones, escándalos y reyertas, y procesamientos por diversos delitos (Custer y Custer, 1978; Bombín, op.cit.). Estos actos antisociales y delictivos aparecen también entre los niños jugadores, como muestra Fisher (1993) en su revisión de la literatura sobre el tema.

### **El papel teórico del psicólogo en el tratamiento del juego patológico**

El problema del juego patológico ha sido abordado con más o menos éxito desde diversos enfoques psicológicos. En la tabla 2 se relacionan los diversos enfoques terapéuticos y se indican ejemplos de autores que los han utilizado.

También se ha recurrido a la terapia farmacológica para tratar el juego patológico, aunque los correlatos neurofisiológicos del mismo distan mucho de estar bien determinados. Algunos autores (Bombín, op.cit.) trabajan sobre la hipótesis de la existencia de un trastorno químico relacionado con el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales. Otras líneas de investigación se basan en la semejanza entre el juego patológico y el trastorno obsesivo-compulsivo (Hollander, Frenkel, Decaria, Trugold y Stein, 1992), o en el presunto papel que una sobreproducción de opioides endógenos podría jugar en la génesis de todas las adicciones (Turón, Salgado, González y Vicente, 1990). A pe-

Tabla 2. Técnicas psicológicas aplicadas al tratamiento del juego patológico.

<b>Técnicas psicológicas aplicadas al tratamiento del juego patológico</b>	
<i>Técnica</i>	<i>Autor/es</i>
Psicoanálisis	Bergler, 1957
Shock eléctrico	Barker y Miller, 1968
Shock eléctrico con terapia de apoyo	Seager, 1970
Shock eléctrico con sensibilización encubierta	Cotler, 1971
Sensibilización encubierta con terapia racional emotiva	Bannister, 1977
Sensibil. encubierta con control de estímulos y exposición	Greenberg y Rankin, 1982
Consejo conductual	Dickerson y Weeks, 1979
Intención paradójica	Victor y Krug, 1967
Desensibilización imaginada	McConaghy, Armstrong, Blaszczynsky y Allcock, 1983, 1988
Terapia de grupo	Tepperman, 1985
Manual de autoayuda	Dickerson, Hinchy y Legg England, 1990

sar de lo prometedor que sería el hallazgo de un medicamento antiludopatías, los ensayos psicofarmacológicos están sujetos a diversas críticas (Echeburúa y Báez, 1994) y sugieren que tal tipo de tratamiento puede ser indicado sólo en los casos de juego patológico en los que aparezca depresión grave, fuerte ansiedad, ideación suicida y/o conductas impulsivas descontroladas (Bombín, op.cit.).

El tratamiento del juego patológico se ha abordado igualmente en el contexto de unidades de alcoholismo y toxicomanías, en régimen de internamiento. Los programas se han extendido entre las dos semanas y los cuatro meses, y han abordado el problema desde una perspectiva multimodal, incluyendo varios de los siguientes elementos: evaluaciones médicas, presentaciones didácticas, terapia ocupacional, laborterapia, hidroterapia, relajación, terapia de grupo, terapia de apoyo a la familia, ejercicio físico, psicodrama, reuniones con *Jugadores y Alcohólicos Anónimos*, administración de

psicofármacos, y entrenamiento en asertividad y habilidades de convivencia y de control del estrés (Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez, 1987; Lesieur y Blume, 1991b; Schwartz y Lindner, 1992).

Diversos autores sugieren, no obstante, que el planteamiento de grupos de autoayuda propuesto por *Jugadores Anónimos*, hoy por hoy, la modalidad de tratamiento del juego patológico más efectiva (Allcock y Dickerson, 1986; Custer, 1984). Sin embargo, los escasos datos disponibles acerca de la efectividad de dicho tratamiento son muy confusos por la propia estructura de *Jugadores Anónimos* y por la fuerte tasa de abandono (Stewart y Brown, 1988). Respecto a los mecanismos subyacentes a este tipo de tratamiento, McCormick y Ramírez (1988) sugieren que facilita un modelado de *coping*, conforma una red de apoyo social, posibilita el desarrollo de estrategias de afrontamiento y contribuye a desmontar los mecanismos de autoengaño.

Todos los tratamientos enumerados hasta este punto hacen hincapié en aspectos parciales del juego patológico, pero desatienden los problemas colaterales existentes. Esta desatención dificulta, cuando no impide, el tratamiento y la rehabilitación de los jugadores. En éste sentido se han encaminado los programas globales propuestos por diversos clínicos e investigadores (Echeburúa y Báez, op.cit.; Blaszczynsky, 1993). Los programas propuestos hasta la fecha incorporan todos o algunos de los siguientes elementos: (1) técnicas de control de estímulos para evitar la exposición a los indicios asociados al juego; (2) entrenamiento en habilidades presupuestarias para atender los problemas económicos; (3) análisis y búsqueda de soluciones en el plano laboral; (4) técnicas de control del estrés para disminuir la activación; (4) técnicas de reestructuración cognitiva para tratar las actitudes, expectativas y creencias irracionales, y tratar los estados de ánimo (complementadas, en su caso, con tratamiento farmacológico); (5) programación de actividades de ocio adaptativas incompatibles con el juego; (6) entrenamiento en habilidades sociales para atender el problema relacional; (7) terapia de pareja y/o familiar; (8) prevención de recaídas mediante la asistencia a grupos de autoayuda y el seguimiento de programas específicos (incluyendo entrenamiento en habilidades de autocontrol y recaída programada); y (8) programas de tratamiento adecuados para afrontar el abuso de otras sustancias.

Aunque la eficacia de los programas multimodales está aún por determinar y depende, fundamentalmente, de los componentes de cada programa, Blaszczynsky (1993) establece su efectividad entre el

20% y el 50% de los casos sobre uno o dos años de seguimiento.

### **Problemas prácticos del psicólogo de apoyo a las asociaciones de jugadores patológicos**

#### ***Problemas generales de las asociaciones de autoayuda***

Como tantas otras entidades de autoayuda, las asociaciones dedicadas al tratamiento del juego patológico padecen serias limitaciones presupuestarias, que repercuten negativamente en las condiciones de trabajo y en los medios disponibles. Con frecuencia, los locales que ocupan son de propiedad municipal y cedidos temporalmente, y su equipamiento es mínimo. Estas asociaciones suelen contar con el apoyo voluntario de profesionales como abogados, psicólogos o trabajadores sociales, pero la falta de asignaciones presupuestarias para compensar sus esfuerzos impide una atención permanente y regular.

A modo de ejemplo, la *Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar (JARCA)* dispone de un abogado (que, aunque no acude al local de la asociación, recibe en su despacho las consultas que se le remiten) y un psicólogo que asiste una media de dos horas y media semanales. Las labores administrativas las realiza el presidente de la asociación, un jugador rehabilitado. Teniendo en cuenta que la media de jugadores asistentes a las terapias dos veces por semana es de 30, y sumando a éstos la veintena larga de cónyuges que asisten a dicha terapia en una de las ocasiones, no resulta desatinada la petición que la asociación formula en su memoria

anual de 1994: «es imprescindible (contar con) al menos los siguientes profesionales: dos psicólogos, un trabajador social, un asesor jurídico, un administrativo. Estos profesionales deberían estar remunerados» (JARCA, 1994, p.32).

### **Problemas planteados por los diversos enfoques terapéuticos**

Los distintos enfoques psicológicos aplicados al tratamiento de la conducta de juego excesivo plantean diversas limitaciones a la hora de su aplicación concreta en el contexto de los grupos de autoayuda. La primera de estas dificultades es la duración de los propios tratamientos. Así, la desensibilización imaginada de McConaghy, Armstrong, Blaszczynsky y Allcock, (1983, 1988) requiere catorce sesiones de tratamiento y, en opinión de los autores, precisa de internamiento. Los mismos autores (McConaghy, Armstrong, Blaszczynsky y Allcock, 1988) utilizan catorce sesiones para el tratamiento con relajación, igualmente en régimen de internamiento. Trece sesiones requiere la exposición en vivo, con prevención de respuesta y control de estímulos, utilizada por Arribas y Martínez (1991) y seis sesiones la misma técnica en su utilización por Greenberg y Rankin (1982). La terapia cognitiva de Toneatto y Sobell (1990) supuso diez sesiones. Mayores requerimientos temporales plantea el tratamiento del juego patológico en conjunto con el tratamiento del alcohol, con internamiento en instituciones. Por ejemplo, el programa de Schwartz y Lindner (op.cit.) requiere hasta cuatro meses de tratamiento.

Es evidente que, incluso en los tratamientos más breves, las necesidades de tiempo superan con creces la capacidad

real de los psicólogos en muchas de las asociaciones, donde la disponibilidad por paciente no supera una hora cada mes y medio o dos meses. El posible recurso a la terapia de grupo como forma de maximizar el tiempo disponible queda dificultado por la falta de propuestas concretas acerca del contenido de los programas sugeridos, y por la falta de información acerca de su eficacia.

De hecho, la eficacia demostrada por los diversos tratamientos no alienta la adopción de ninguno con un mínimo de garantías. Las terapias aversivas están hoy prácticamente abandonadas al no mostrarse más efectivas que el efecto placebo (Echeburúa, 1985). La exposición en vivo ha mostrado resultados muy variados, y en la revisión de McConaghy, Blaszczynsky y Frankova (1991) se sitúa su efectividad en torno al 66%. Respecto a las terapias cognitivas, «los estudios referidos son muy limitados, ya que son estudios de casos no controlados, abarcan programas multimodales -Bannister, 1977- y muestran casos poco representativos -Toneatto y Sobell, 1990-» (Echeburúa y Báez, op.cit., p.567). Tampoco los programas de tratamiento en internamiento en los que el juego es tratado conjuntamente con el alcoholismo suponen grandes éxitos, con tasas de abstinencia desde el 22% a los 24 meses (Schwartz y Lindner, op.cit.) hasta el 64% entre seis y catorce meses (Lesieur y Blume, 1991b).

En realidad, las asociaciones de autoayuda no son una excepción, y su eficacia no está bien establecida. A las dificultades provenientes de la misma filosofía de éstas asociaciones, tales como la falta de recolección de datos sistemáticos o de una evaluación de los resultados (Stewart y Brown, 1988), se une el hecho

de que el riguroso requerimiento de abstinencia hace que se contabilicen como fracasos las recaídas aisladas o incluso los casos de jugadores patológicos que, con la asistencia a las reuniones, han alcanzado un nivel de juego controlado y han dejado de asistir. Esta circunstancia infraestima potencialmente el impacto global de estas asociaciones (Brown, 1986). Con todo, y a pesar de los resultados poco alentadores aportados por Stewart y Brown (1988) en los que la eficacia se sitúa en torno al 8% en un año (7% en dos años) y se muestra una elevada tasa de abandono, diversos autores sostienen que ésta modalidad de tratamiento, sola o en combinación, es la más efectiva para afrontar el juego patológico (Allcock y Dickerson, op.cit.; Custer, 1984).

### ***Problemas derivados del tratamiento público del juego patológico***

Como indicamos en la introducción, la relativa novedad del problema de la adicción a los juegos de azar y las características socioeconómicas de ésta actividad son dos factores que, hasta la fecha, han impedido que desde las distintas administraciones se haya prestado atención al problema de forma eficaz. Así, en tanto que algunos de los sistemas públicos afectados (como el sanitario) simplemente se desentienden del mismo, otros, como los servicios sociales, trabajan con más voluntad que medios o conocimientos, cubriendo con frecuencia áreas y tareas que escapan a sus competencias, y convirtiéndose, con demasiada frecuencia, en el único apoyo que, dentro de la administración, se presta a las organizaciones de jugadores patológicos.

### **El papel real del psicólogo: posibilidades de actuación dentro de los grupos de autoayuda**

En la línea de lo expuesto en el apartado anterior, cabe diferenciar las funciones a realizar por el psicólogo de los servicios sociales comunitarios, en tanto que perteneciente a los mismos, de las tareas que dicho profesional puede realizar para cubrir las deficiencias que provoca la falta de implicación de otras administraciones o, sencillamente, la falta de medios de las organizaciones de autoayuda. Entre las primeras cabe citar las funciones de (1) enlace con la administración y (2) asesoramiento en las reuniones. Entre las segundas se encuentran las funciones de (3) recepción y acogida o exclusión, (4) apoyo puntual e intervención en crisis, y (5) apoyo personal a los demás profesionales. Cabe añadir otras dos funciones, como son la (6) investigación, y la (7) divulgación, que aunque en sentido estricto no correspondan a los servicios sociales comunitarios, cabe adscribirlas a los mismos en sentido amplio en tanto que actividades destinadas a la prevención y a la optimización de recursos públicos.

### ***Enlace con la administración***

En su calidad de representante de los servicios sociales comunitarios en la asociación de autoayuda, el psicólogo debe ejercer de enlace entre ambas entidades. Así, transmite a la asociación el enfoque que la administración aplica al problema del juego patológico y le informa de los cauces y procedimientos necesarios para disponer de todos los recursos hábiles. A la inversa, transmite a los servicios socia-



les información acerca de los procedimientos, necesidades y posibilidades de la asociación, estableciendo canales de coordinación ágiles y eficaces.

### **Asesoramiento en las reuniones**

Las reuniones de los grupos de autoayuda no son terapias de grupo. Con frecuencia las dirige un jugador rehabilitado, y su funcionamiento se aleja considerablemente de la mayoría de las técnicas de trabajo en grupo. Con frecuencia, consisten en una sucesión de testimonios personales que comienzan invariablemente con la fórmula «me llamo XXX y soy jugador», y en las que la persona da rienda suelta a sus opiniones, vivencias, y reflexiones en relación con el juego. No se dan consejos ni se critica a los demás. Se es fiel al espíritu de «autoayuda», y no se espera que nadie pretenda ayudar a nadie: cada uno debe reflexionar sobre lo que está diciendo y extraer sus propias conclusiones. No se está obligado a hablar, y a nadie se le pide que lo haga. Con frecuencia, el director de estas sesiones se basta para conducir las adecuadamente, limitándose a sugerir más o menos explícitamente el tema de conversación, a mantener el tono de la misma, a modelar con su propio testimonio lo que está y no está permitido decir y hacer (especialmente de cara a los nuevos ingresos) y, en su caso, a atajar conatos de discusión, consejo o, en general, transgresiones a las normas del grupo. En los casos en que el director posee las suficientes habilidades para realizar adecuadamente todas estas funciones, el psicólogo poco puede aportar a la reunión. Pero no siempre es así, y conviene la asistencia ocasional a algunas reuniones -si su disponibilidad

de tiempo lo permite- para evaluar las habilidades del director de las sesiones y, de ser necesario, hacer las sugerencias que se estimen convenientes.

### **Recepción y acogida o exclusión**

Es importante que la primera acogida a un centro de autoayuda la realice un ex jugador. Con frecuencia, el propio enfermo apenas posee datos acerca de su patología: suele ser consciente de que el problema del juego «se le ha ido de las manos», pero dista mucho de considerar tal problema como una enfermedad. Acude a la asociación después de pensárselo mucho, de realizar algunos intentos de solución por su cuenta, o presionado por su familia o amistades. Le resulta difícil -y muy vergonzante- admitir que ha llegado a romper las normas morales (y con frecuencia legales) sólo para jugar a las máquinas o al bingo. Considera su problema como un «vicio», y piensa que nadie va a creerle si dice que es incapaz de dejar de jugar. En esa situación, encontrarse con alguien que no sólo acepta sus explicaciones sin descalificarle ni avergonzarle, sino que demuestra comprender al detalle cómo se siente porque ha pasado por las mismas circunstancias, contribuye a que el jugador baje sus defensas y acepte integrarse en el colectivo de autoayuda. Además, el hecho de que la persona receptora demuestre haber afrontado con éxito -al menos aparentemente- el problema del juego, le supone un modelo que demuestra que su problema es superable. En esta primera reunión es cuando la persona receptora suele proporcionar una serie de consejos conductuales -con frecuencia por escrito- que, a modo de rudimentario manual de autoayuda, pretenden actuar como

medida de choque, implicar a los familiares del jugador, y hacer a éste consciente de que su rehabilitación requiere su trabajo activo y responsable.

En todo lo anteriormente expuesto, la aportación del psicólogo se resume en la constatación de que la persona receptora posee las suficientes habilidades interpersonales como para desempeñar adecuadamente su función, en proporcionarle dichas habilidades en caso de ser necesario, y en colaborar en la redacción de los consejos conductuales anteriormente citados. Pero su papel principal reside en el paso siguiente: la evaluación de las características psicopatológicas del jugador como paso previo a su admisión en la terapia de autoayuda; esto es, hay que establecer el diagnóstico de jugador patológico para esa persona. No es éste el lugar de exponer los medios diagnósticos existentes, siendo razonable el recurso a una prueba de papel y lápiz (por ejemplo, el *South Oaks Gambling Screen*, SOGS, de Lesieur y Blume, 1987) complementada con una entrevista estructurada que cubra los criterios del DSM-IV (Lesieur y Rosenthal, 1991). No es infrecuente la solicitud de asistencia a la asociación de personas que buscan en el juego un subterfugio legal que les exima de responsabilidad ante la justicia por diversos delitos. Tampoco es extraño que el juego sea, en realidad, el menor de una serie de problemas que requieren urgente solución previa y que pueden llegar a constituir criterios excluyentes del tratamiento en el ámbito asociativo. Entre estos problemas se encuentran la existencia de patología psiquiátrica y/o de otra patología adictiva que precise atención prioritaria. La correcta identificación de estas circunstancias excluyentes por parte del psicólogo evita

rá no sólo la pérdida de tiempo para un paciente que no se va a rehabilitar, sino también el malestar y desconcierto que su inclusión en la terapia puede ocasionar en los demás asistentes.

### ***Apoyo ocasional e intervención en crisis***

Aunque la labor terapéutica frente al juego patológico corresponde a las sesiones grupales de autoayuda, desatender otros posibles problemas colaterales que puedan acompañar al juego patológico es un predictor del fracaso de la terapia. Las limitaciones de todo tipo a que está sometido el psicólogo en su trabajo en estas asociaciones impiden que se pueda prestar la debida atención a cada uno de los aspectos necesarios, pero no obligan, por contra, a volverles la espalda. Incluso aunque no se disponga de más de una hora mensual para cada jugador, siempre es posible explorar sus principales problemas, aquellos que pueden interferir con una evolución favorable de su patología, y aportar alguna sugerencia o consejo que contribuya a solucionarlos. Además, no todos los jugadores en rehabilitación presentan todos los problemas colaterales citados y no siempre estos problemas requieren un tratamiento formal-completo. Por ejemplo, es posible que las dificultades con la familia no sean de tal magnitud que requieran una terapia familiar, sino simplemente un consejo, como sugerir la mejor manera de contarle a una hija de doce años que su padre es jugador. En definitiva, el psicólogo puede contribuir a mantener las expectativas dentro de unos límites realistas, a aclarar las ideas del jugador, a solucionar sus dudas puntuales sobre aspectos «técni-

cos» de la adicción al juego de azar, a reforzar sus logros o avances, a fortalecer su autoestima, o a fomentar una actitud positiva de superación.

Precisamente es en el tema de las recaídas donde el psicólogo puede prestar gran ayuda a los jugadores en rehabilitación. Los grupos de autoayuda mantienen que *«el juego compulsivo es una enfermedad progresiva en su naturaleza, que no se puede curar pero se puede detener»* (Gamblers Anonymous, 1977). En consecuencia, el objetivo de los grupos de autoayuda es la abstinencia, a pesar de la postura en contra de diversos autores, como Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez (op.cit.), que sostienen que una o más recaídas de juego controlado no suponen un fracaso en la recuperación, y que abogan por el juego controlado como objetivo de la terapia. En cualquier caso, las recaídas ocasionales son frecuentes entre los jugadores en rehabilitación. Si éstas recaídas son afrontadas desde el punto de vista abstinentes, el jugador puede tender a considerarlas como un fracaso total y, por tanto, perder la motivación para volver al control (Blaszczynsky, 1988). Se requiere habilidad para hacer ver al jugador la justa medida de su acción, de manera que se maximice el aprendizaje que de ella puede obtener y se minimicen los riesgos citados.

### ***Apoyo al equipo profesional y a las personas implicadas en la asociación***

En ocasiones, los grupos de autoayuda cuentan con asesoramiento legal, con un administrativo, o con grupos de voluntarios-jugadores rehabilitados o no-

cuya presencia y contacto con los jugadores en tratamiento puede ser más o menos frecuente. En sus relaciones con los jugadores, estas personas suelen implicarse más allá de lo que demanda el estricto cumplimiento de sus funciones, llegando en ocasiones a resultar personalmente afectados. Esto puede suceder bien como reacción ante un evento particularmente estresante (un nuevo ingreso, con su carga de padecimiento), bien como consecuencia del trabajo diario en un ambiente emocionalmente duro. La labor del psicólogo es, por consiguiente, importante, tanto en la prevención como en el afrontamiento de las crisis personales de estos colaboradores. En muchas ocasiones no es necesario recurrir a entrevistas formales con estas personas, bastando con que el psicólogo fomente, con sus actitudes y comentarios, un ambiente positivo.

### ***Investigación***

Al ser relativamente reciente la consideración del juego excesivo como problema, la investigación acerca de sus características, causas, diagnóstico o tratamiento apenas ha comenzado a ofrecer resultados fiables sobre los que asentar un marco conceptual consensuado. El psicólogo que ejerce funciones de apoyo en las asociaciones de autoayuda está en condiciones inmejorables para contribuir con sus investigaciones al avance de los conocimientos. De hecho, buena parte de la investigación aportada en el presente trabajo como referencia bibliográfica ha sido llevada a cabo por investigadores que trabajan en este contexto. Con todo, en la generalización de los resultados a la población de jugadores patológicos con-

viene tener presente advertencias como la de Dickerson (1993), cuando apunta que quizá los jugadores que asisten a los grupos de autoayuda no sean totalmente representativos de la población de jugadores patológicos.

### **Prevención y divulgación**

Una de las principales labores de prevención que se puede realizar desde las asociaciones de autoayuda es la de divulgación. Si ya hemos indicado que el propio ambiente investigador está apenas comenzando a conocer los principales aspectos del juego patológico, este desconocimiento es muy general en la población. La contribución del psicólogo a las campañas divulgativas de estas asociaciones tiene un doble aspecto. En primer lugar, en su condición de profesional, aparece como un interlocutor válido para encabezar artículos, dar conferencias, o apoyar con su presencia y conocimientos los actos oficiales. En segundo lugar, puede contribuir con sugerencias acerca de las mejores y más eficaces maneras de alcanzar al público con los mensajes, proponiendo formatos de presentación y estructura de los mensajes, identificando grupos de riesgo, etc.

### **Relación con otros profesionales: delimitación de roles y cooperación**

#### **Trabajadores sociales**

En otro apartado hemos relacionado los elementos componentes de un programa multimodal de tratamiento del juego patológico. Es obvio que cuanto mayor sea el número de profesionales que

colaboren con estas asociaciones, más amplia será la gama de aspectos que se podrán abordar. En las asociaciones que disponen de un trabajador social y un psicólogo se hace necesaria la delimitación de funciones y el establecimiento de vías de cooperación.

Entre las funciones propias de un trabajador social, podemos incluir: (1) proveer habilidades presupuestarias; programación de una economía personal-familiar realista y racional; análisis y búsqueda de soluciones en el plano laboral; (2) programación de actividades de ocio alternativas incompatibles con el juego; y (3) ejecución de programas de entrenamiento en habilidades sociales establecidos por el psicólogo.

Entre las funciones que dentro de tal colaboración pueden corresponder al psicólogo se encuentran: (1) recepción y acogida o exclusión; (2) aplicación de técnicas de terapia cognitivo-conductuales, como control de estímulos o reestructuración cognitiva; (3) terapia de pareja y/o familiar.

Las principales áreas de colaboración, además del intercambio frecuente y periódico de impresiones acerca de la forma de manejo de los problemas planteados por los jugadores, pueden concretarse en: (1) apoyo ocasional e intervenciones en crisis, (2) ofrecimiento de apoyo personal a los profesionales, (3) asesoramiento en las reuniones, (4) investigación y (5) divulgación.

Mención aparte merecen las asociaciones en las que, a falta de profesionales de la salud mental, son los trabajadores sociales (o incluso los propios jugadores rehabilitados) los que deben realizar, con más buena voluntad que otra cosa, todas las funciones mencionadas.

## Psiquiatras

Como se indicó en otro apartado, los correlatos neurofisiológicos del juego patológico distan mucho de estar bien determinados, por lo que el verdadero alcance del tratamiento psicofarmacológico es aún desconocido. Aunque hay sugerentes hipótesis de trabajo, estamos muy lejos de afirmar que determinado tratamiento con fármacos puede contribuir a la rehabilitación de los jugadores. Con todo, hay ocasiones en las que la detección de alteraciones psicopatológicas, ajenas al problema del juego o relacionadas con el mismo -depresión grave, fuerte ansiedad, ideación suicida y/o conductas impulsivas descontroladas (Bombín, op.cit.)-, hace necesaria la remisión del jugador al psiquiatra a fin de asignarle el tratamiento farmacológico adecuado y determinar si puede ser admitido en las sesiones de autoayuda.

Como no es frecuente la presencia simultánea de psicólogos y psiquiatras en una misma asociación, se hace necesaria la cooperación entre el psicólogo de apoyo y los psiquiatras externos, adscritos a unidades de salud mental de los servicios generales de salud. Este procedimiento, sin embargo, resulta muy rígido y requiere con frecuencia esperas de semanas, durante las cuales es más que probable que el jugador patológico abandone la asociación de autoayuda. Sin duda, resulta deseable el establecimiento de medios formales de coordinación entre los diversos profesionales y servicios.

## Conclusiones y recomendaciones

Siendo la conducta de juego patológico un problema creciente, todo lo di-

cho evidencia que las condiciones de trabajo actuales de los profesionales que colaboran con las asociaciones de autoayuda no permiten el diseño y puesta en práctica de estrategias adecuadas de tratamiento y que la demanda amenaza con desbordar los escasos recursos disponibles. Es primordial que desde las diversas administraciones se adopte un enfoque global del problema del juego patológico que permita la coordinación entre los diferentes organismos públicos responsables y que posibilite la asignación de recursos en forma suficiente y eficaz. Para ello, evidentemente, es necesario en primer lugar que las diversas administraciones admitan sin reservas el carácter patológico del juego excesivo y se decidan de forma clara a adoptar cuantas medidas sanitarias, asistenciales y legales sean aconsejables. Dado que las asociaciones de autoayuda se han mostrado hasta la fecha como el único medio eficaz de lucha contra el problema, resulta necesario el establecimiento de canales ágiles de comunicación y coordinación con las mismas. Sin duda, su experiencia con el problema es la mejor fuente de información y consejo. Finalmente, es necesaria una campaña de concienciación dirigida no sólo a la población general, sino especialmente a los medios universitarios e investigadores de los que pueden surgir las herramientas para, cuando menos, evitar que el problema se multiplique en el futuro.

## Referencias

- ALLCOCK, C. y DICKERSON, M.G. (1986). *The Guide to Good Gambling*, Wentworth Falls: Social Science Press.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. revised (DSM III-R)*. Washington: American Psychiatric Association (Barcelona: Masson, 1988).
- ANDERSON, G. y BROWN, R.I.F. (1984). Sensation seeking and arousal in real and laboratory gambling. *British Journal of Psychology*, 85, 401-410.
- ARRIBAS, M.P., y MARTÍNEZ, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 255-269.
- BANNISTER, G. (1977). Cognitive and behaviour therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 227-237.
- BARKER, J.C., y MILLER, M. (1966). Aversion therapy for compulsive gambling (Carta al editor). *Lancet*, 1, 926.
- BARKER, J.C., y MILLER, M. (1968). Aversion Therapy for Compulsive Gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 285-302.
- BECOÑA, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- BERGLER, E. (1957). *The psychology of gambling*. Nueva York: Hill and Wang.
- BLASZCZYNSKY, A. (1988). *Clinical Studies in Pathological Gambling: is controlled gambling an acceptable treatment outcome?* Tesis doctoral sin publicar. University of South Wales, Australia.
- BLASZCZYNSKY, A. (1993). Pathological Gambling: A treatment review. *Psicología Conductual*, 3, 409- 440.
- BLASZCZYNSKY, A. y McCONAGHY, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of Addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24, 337-350.
- BLASZCZYNSKY, A., McCONAGHY, N. y FRANKOVA, A. (1989). Crime, antisocial personality and pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 137-152.
- BOMBÍN, B. (1992). *El juego de azar, patología y testimonio*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- BROWN, R.I.F. (1986). Arousal and sensation seeking components in the general explanation of Gambling and gambling addiction. *International Journal of Addictions*, 21, 1001-1016.
- CORLESS, T. y DICKERSON, M.G. (1989). Gambler's self-perceptions of the determinants of impaired control. *British Journal of Addictions*, 84, 1527-1537.
- COTLERS, B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling, *Behavior Therapy*, 2, 579-584.
- CUSTER, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- CUSTER, R.L. y CUSTER, L.F. (1978). *Characteristics of the recovering compulsive gambler: A survey of 150 Gamblers Anonymous*. Ponencia presentada en la Cuarta Conferencia Anual sobre Juego. Reno (Nevada).
- CUSTER, R.L. y MILT, H. (1985). *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and their Families*, Nueva York: Facts on File.
- DICKERSON, M.G. (1993). Alternative approaches to the measurement of the prevalence of pathological gam-

- bling. *Psicología Conductual*, 3, 339-350.
- DICKERSON, M.G., HINCHY, J. y LEGG ENGLAND, S. (1990). Minimal treatments and problem gamblers. A preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*, 6, 87-103.
- DICKERSON, M.G. y WEEKS, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers: A case study. *Journal of Experimental Psychiatry and Behaviour Therapy*, 10, 139-141.
- ECHEBURÚA, E. (1985). Terapias aversivas en el tratamiento del alcoholismo: una revisión. *Drogalcohol*, 10, 27-34.
- ECHEBURÚA, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- ECHEBURÚA, E. y BÁEZ, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En: J.L.Graña (Ed.), *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- FISHER, S.E. (1993). The impact of legal slot machine gambling for children on gambling and pathological gambling in adolescence. *Psicología Conductual*, 3, 351-360.
- FRANKLIN, J. y THOMS, D.R. (1989). Clinical observations of family members of compulsive gamblers. En: H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling: theory, research and practice*. Lexington: Lexington Books.
- GAMBLERS ANONYMOUS (1977). *Gamblers Anonymous Leaflet*. Los Angeles: Gamblers Anonymous Publishing.
- GREENBERG, D. y RANKIN, H. (1982). *Compulsive Gamblers Treatment. British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
- HEINEMAN, M. (1989). Parents of male compulsive gamblers: clinical issues/treatment approaches. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 321-333.
- HOLLANDER, E., FRENKEL, M., DECARIA, C., TRUNGOLD, S. y STEIN, D.J. (1992). Treatment of pathological gambling with clomipramine. *American Journal of Psychiatry*, 149, 710-711.
- JUGADORES DE AZAR EN REHABILITACIÓN DEL CAMPO DE GIBRALTAR (1994). *Memoria del año 1994 y proyecto del año 1995 de JARCA*. Algeciras.
- LEGARDA, J.J., BABIO, R. y ABREU, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (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 of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- LESIEUR, H.R. y BLUME, S.B. (1989). When Lady Luck Loses: Women and Compulsive Gambling. En: N. van der Bergh (Ed.), *Feminist Perspectives on Treating Addictions*. Nueva York: Springer.
- LESIEUR, H.R. y BLUME, S.B. (1991b). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addictions*, 86, 1017-1028.
- LESIEUR, H.R., BLUME, S.B. y ZOPPA, R.M. (1986). Alcoholism, Drug Abuse, and Gambling. *Alcoholism: Clinical*

- and *Experimental Research*, 10, 33-38.
- LESIEUR, H.R., CROSS, J., FRANK, M., WELCH, M., WHITE, C.M., RUBENSTEIN, G., MOSELEY, K. y MARK, M. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors*, 16, 517-527.
- LESIEUR, H.R. y HEINEMAN, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addictions*, 83, 765-771.
- LESIEUR, H.R. y ROSENTHAL, R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (Prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulsive Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.
- LORENZ, V.C. y SHUTTLESWORTH, D.E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67-76.
- McCONAGHY, N., ARMSTRONG, N., BLASZCZYNSKY, A. y ALLCOCK, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.
- McCONAGHY, N., ARMSTRONG, N., BLASZCZYNSKY, A. y ALLCOCK, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, 12, 371-384.
- McCONAGHY, N., BLASZCZYNSKY, A. y FRANKOVA, A. (1991). Comparison of Imaginal Desensitization with other behavioural treatments of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- MCCORMICK, R.A. y RAMIREZ, L.F. (1988). Pathological gambling. En: J.G. Howels (Ed.), *Modern perspectives in psychosocial pathology*. Nueva York: Brunner Inc.
- MCCORMICK, R.A., RUSSO, A.M., RAMIREZ, L.F. y TABER, J.I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- RAMIREZ, L.F., MCCORMICK, R.A., RUSSO, A.M. y TABER, J.I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors*, 8, 425-428.
- RODRIGUEZ MARTOS, A. (1987). *El Juego. Otro Modelo de Dependencia. Aspectos Comunes y Diferenciales con respecto a las drogodependencias*. Barcelona: APAT (Fons Informatiu, núm.12).
- SCHWARTZ, J. y LINDNER, A. (1992.) Inpatient treatment of the male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 8, 93-109.
- SEAGER, C.P. (1970). The treatment of compulsive gambling by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553.
- STEWART, R.M. y BROWN, R.I.F. (1988). An Outcome Study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288.
- TABER, J.I., MCCORMICK, R.A., RUSSO, A.M., ADKINS, B. y RAMIREZ, L.F. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, 757-761.



- TABER, J.I., RUSSO, A.M., ADKINS, B. y McCORMICK, R.A. (1986). Ego strength and achievement motivation in pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 69-80.
- TEPPERMAN, J. (1985). The effectiveness of short-term group therapy upon the pathological gambler and wife. *Journal of Gambling Behavior*, 1, 119-130.
- TONEATTO, T. y SOBELL, L.C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behaviour therapy: A case report. *Addictive Behaviors*, 15, 497-501.
- TURÓN, J.V., SALGADO, P., GONZÁLEZ, A. y VICENTE, P. (1990). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (Córdoba)*.
- VICTOR, R. y KRUG, C. (1967). Paradoxical Intention treatment of compulsive gambling. *American Journal of Psychotherapy*, 21, 808-814.
- VOLBERG, R.A. y STEADMAN, H.J. (1988). Refining Prevalence Estimates of Pathological Gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.
- WRAY, I., y DICKERSON, M.G. (1981). Cessation of high frequency gambling and «withdrawal» symptoms. *British Journal of Addictions*, 76, 401-405.