

## *Programa de intervención terapéutica de la ludopatía y resumen de resultados*

M.<sup>a</sup> CONSUELO MARAZUELA ZAPATA  
M.<sup>a</sup> DEL MAR MARAZUELA ZAPATA

Cuando en 1989 empezamos a trabajar con jugadores patológicos en la ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE JUGADORES EN REHABILITACIÓN (A.M.A.J.E.R.), nos encontramos entre otros muchos problemas con dos principales: el primero las escasísimas experiencias anteriores con este tipo de patología y menos aún en asociaciones que se habían realizado en España lo que prácticamente nos obligaba a diseñar un nuevo modelo de intervención y a experimentar en la práctica sus resultados; el segundo, pero no por ello menos importante, la gran avalancha de pacientes que sufrimos, estos suelen acudir en oleadas de periodicidad impredecible —por ejemplo, en febrero de 1989 A.M.A.J.E.R. contaba con 20 socios, mientras que en abril después de una intervención televisiva, el número de socios ascendió a 89—. Con estos condicionantes comenzamos a trabajar y aunque existía la posibilidad de escalonar la entrada de pacientes al programa de intervención, debíamos tener en cuenta dos aspectos fundamentales que aconsejaban no demorarlo demasiado:

- a) La situación desesperada en la que se encuentran los jugadores cuando solicitan ayuda.
- b) La no existencia de una red asistencial especializada a donde derivarlos.

Actualmente en vista de que los trabajos sobre el juego patológico (j. p.) parecen claramente insuficientes y ya que no está demostrado que exista un solo modelo psicológico totalmente satisfactorio con el que abordar este trastorno, hemos recogido, en la búsqueda de una

satisfactoria rehabilitación del jugador, técnicas provenientes de diversos modelos, básicamente hemos recurrido a la modificación de conducta, a la orientación cognitiva y a la orientación sistémica.

Para salvar la dificultad que provoca el desconocimiento, e incluso la estimación aproximada, del número de enfermos a tratar, el programa de intervención terapéutica que proponemos utiliza como herramienta fundamental la Terapia de Grupo Abierto, en el sentido más amplio de este último término.

Asimismo y ya que comprendemos el juego como una conducta dependiente más que como una conducta compulsiva o un trastorno del control de los impulsos nos proponemos como resultado de la aplicación práctica de todo lo anterior conseguir la abstinencia definitiva del juego, no siéndonos satisfactorio el juego controlado como fin de todo el proceso.

Así pues, pasemos al análisis detallado tanto del programa de intervención como de los resultados obtenidos en el periodo objeto del estudio, que abarca de enero de 1992 a diciembre de 1992 y a lo largo del cual fueron valorados 193 individuos.

#### OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

##### *Objetivos básicos*

- Eliminar la conducta de juego en aquellos sujetos que hayan sido diagnosticados como jugadores patológicos y que soliciten ser incluidos en nuestro programa.
- Eliminar los refuerzos de la conducta de juego.

##### *Objetivos secundarios*

- Recuperar la familia, empleo y amistades.
- Mejorar su adaptación social.
- Reestructurar la personalidad.
- Consecución de nuevos objetivos vitales.
- Integración laboral y social.
- Mayor capacidad de comunicación.

##### *Etapas de la intervención*

Nuestro abordaje terapéutico utiliza como técnica base la Terapia de Grupo completándola con Terapia de Grupo para Familiares, pero

también se contemplan otras posibilidades para casos especiales como Terapia Familiar Sistémica y Terapia Individual.

Este programa tiene una duración de tratamiento de tres meses mínimo (dependiendo de cada caso la duración total) y un seguimiento hasta completar los dos años, que es la duración total del programa. Pasado este tiempo si el sujeto sigue sin jugar sale del programa.

La intervención abarca cinco etapas diferenciadas:

1. Primer contacto con el enfermo.
2. Evaluación y diagnóstico.
3. Terapia.
4. Control y seguimiento.
5. Valoración de resultados.

A continuación desarrollaremos más ampliamente las etapas de la intervención, metodología, técnicas y objetivos específicos de cada una de ellas.

#### 1. Primer contacto con el enfermo

El primer contacto con el enfermo se produce siempre a través de otro jugador ya rehabilitado (socio de A.M.A.J.E.R.), por los siguientes motivos:

- El enfermo cuando acude suele creer que su situación es totalmente singular e irreversible (normalmente ya han intentado dejar de jugar ya sea por sí mismos o a través de otros tratamientos psicológicos).
- Padece un estado de ansiedad y depresión severos, en general por la situación coyuntural en la que ha desembocado a causa del juego.
- Presenta miedo a ser juzgado por personas ajenas a su problemática ya que las considera incapaces de entender su conducta.

Estos tres problemas se evitan, en parte, al ser recibidos por un individuo que ha sufrido y superado una situación similar, facilitándose enormemente la comunicación.

#### *Objetivos*

- Disminuir la ansiedad y la culpa.
- Facilitar la comunicación de su problema de juego.
- Disminuir la vivencia de aislamiento.



- Crear expectativas positivas y realistas de rehabilitación.
- Informar sobre la asociación.

## 2. Evaluación y diagnóstico

### *Objetivos*

- Diagnosticar el trastorno.
- Recoger la información esencial sobre el enfermo.
- Comunicarle la información necesaria.

Para la clasificación de un individuo como jugador patológico seguimos las directrices del DSM III-R.

El diagnóstico se deriva de una cuidadosa historia clínica con la subsiguiente valoración de los síntomas y del oportuno diagnóstico diferencial con juego social, juego en episodios maníacos y con juego en personalidad antisocial.

La recogida de datos se realiza exhaustivamente sobre la conducta de juego y su evolución, historia personal, laboral y familiar, antecedentes familiares y personales tanto médicos como psicológicos, otras posibles dependencias, principales factores de estrés, etc.

### TÉCNICAS EMPLEADAS

- Entrevista de anamnesis.
- Entrevista diagnóstica.
- Cuestionarios y test:
  - MIXON (1985), diagnóstico.
  - MMPI DE HATHAWAY, personalidad.
  - STAY, rasgo/estado.

Desde el uno de Enero de 1992 hasta el treinta de Diciembre de 1992 hemos evaluado 193 casos, de los cuales 188 se han diagnosticado como jugadores patológicos necesitados de tratamiento y 5 han sido derivados a otros profesionales, bien aquejados de problemas psiquiátricos de urgente tratamiento, problemas legales donde la causa no era el juego o problemas psicológicos distintos al del juego patológico.

## 3. Tratamiento

Se inicia cuando el enfermo toma la decisión de dejar de jugar.

## A. *Terapia de grupo*

Es la técnica fundamental empleada en AMAJER, ya que está mostrándose como la más eficaz para tratar los problemas de dependencia (alcohol, drogas, juego, etc.). Además presenta una ventaja adicional, para nosotros fundamental, ya que es aplicable a un numeroso grupo de personas simultáneamente. Los grupos formados son heterogéneos y abiertos, es decir, no se fija, salvo por razones de espacio, el número de enfermos, tampoco el sexo de éstos, ni el juego al que son adictos.

Algunas experiencias realizadas, donde hemos procedido a hacer estas separaciones han llevado siempre a resultados negativos.

### *Objetivos*

- Conseguir la abstinencia de juego.
- Conseguir estrategias para enfrentarse al juego.
- Reestructurar la identidad personal.
- Disminuir la ansiedad y el sentimiento de culpa.
- Mejorar la capacidad de comunicación.
- Aumentar la autoestima y las expectativas de rehabilitación.
- Conseguir nuevos objetivos vitales.

La terapia de grupo está dirigida por un terapeuta que se reúne con los jugadores de 90 a 120 minutos, como mínimo una vez por semana. La duración del tratamiento es variable, dependiendo del estado de recuperación del enfermo, siendo necesaria la asistencia como mínimo durante de tres meses.

A este tratamiento se han acogido 151 enfermos de los cuales 24 lo abandonaron antes de los 3 meses (15,9 % de los casos), 96 lo han completado (63,6 %) y el resto (20,5 %) se encontraba aún en tratamiento en el momento de realizar este análisis (individuos que se acogieron al programa en los meses de septiembre, octubre y noviembre).

## B. *Terapia de grupo para familiares*

Los grupos están formados por familiares directos del enfermo, principalmente cónyuges y padres, que lo soliciten.

La familia precisa especial atención por varios motivos:

- Cuando el jugador patológico acude en búsqueda de tratamiento su problemática ha afectado seriamente a la estructura familiar tanto emocional como materialmente.

- En algunos casos los problemas que avocaron al enfermo al juego están generados en la propia familia.
- La reacción de la familia ante el jugador fluctúa entre dos extremos, la sobreprotección y el rechazo, ambos contraproducentes para la rehabilitación.

Aun en el mejor de los casos no hay que perder de vista que la familia es un sistema y que, por tanto, cuando uno de sus miembros altera su conducta, obliga a los demás a modificarla a su vez, ya que un cambio en una parte del sistema cambia todas las pautas de relación.

### *Objetivos*

- Concienciar a la familia de que el jugador es un enfermo.
- Liberar a la familia del sentimiento de culpa.
- Enseñar a la familia pautas de conducta para con el jugador.
- Conseguir el apoyo y comprensión de la familia para lograr la reinserción de estos enfermos en la sociedad.

El número de familiares que han asistido a las terapias ha sido de 109, siendo en su mayoría cónyuges (55 %) y en un porcentaje más reducido, aunque también significativo, padres (15 %), hermanos (20 %) e hijos (10 %).

En el cuadro "C" podemos estudiar el número de familiares que acudieron a TGF divididos en parentesco y sexo, y se observa una gran diferencia en la asistencia de las mujeres en comparación con los hombres, colaborando éstas, en mayor número (80 % mujeres, 20 % hombres) y más activamente que los hombres. Esto se debe, en nuestra opinión, a que las responsabilidades familiares y de unión entre los miembros recaen mayoritariamente sobre las mujeres, sintiéndose éstas mucho más implicadas en los problemas que puedan tener algún miembro de la familia.

Se han mantenido dos grupos de Terapia Familiar paralelos y con el mismo horario que los de Terapia de Grupo para jugadores. Siendo muy satisfactoria tanto la asistencia como la respuesta de los familiares a dichos grupos.

### *C. Terapias específicas para casos problemáticos*

Además de la terapia de grupo y la terapia de grupo para familiares, que son las técnicas básicas del tratamiento, se contemplan otras posibilidades de intervención para aquellos enfermos que, a criterio del terapeuta, lo necesiten:

- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: Los enfermos que en terapia de grupo no respondan favorablemente reciben un tratamiento indivi-



dual en psicoterapia breve. Consta aproximadamente de diez sesiones, una semanal, de 50 minutos de duración.

- TERAPIA FAMILIAR DE ORIENTACIÓN SISTÉMICA: Para aquellos enfermos en los que el problema base se encuentra en la familia y/o que el terapeuta considere necesario intervenir a nivel familiar directamente. Es necesaria la participación de uno o dos terapeutas, el sistema familiar completo o un subsistema básico. La duración es de ocho a diez sesiones de 90 minutos, con frecuencia de una sesión cada dos semanas.

Se han tratado 15 enfermos, 10 en terapia individual y 5 en terapia familiar sistémica; las razones por las que ha procedido a tratar estos 10 casos individualmente son de varias índoles:

- imposibilidad de acudir a los grupos de terapia debido al horario laboral (2 casos).
- imposibilidad de integrarse a los grupos por problemas de audición (1 caso).
- acontecimientos que han complicado la rehabilitación normal de paciente (muerte del cónyuge, intentos de suicidio, abandono del hogar familiar, etc.) (7 casos).

Los 5 casos de terapia de familiar fueron tratados por planteamiento de divorcio.

#### 4. Control y seguimiento

Cuando se hace la evaluación y el diagnóstico se abre en archivo una carpeta con el historial de cada uno de los enfermos, en él se va anotando la evolución del enfermo en las sucesivas terapias, se controla el efecto de la intervención y se estudia la posibilidad de modificar las prescripciones.

El control del tratamiento, por tanto, es un proceso continuado.

A las terapias de grupo les acompaña hojas de registro donde consta la asistencia, temas tratados, comentarios relevantes, actitudes, observaciones de interés, etc.

Cuando la intervención terapéutica ha concluido con resultados favorables se inicia la etapa de seguimiento para comprobar la estabilidad y el mantenimiento de los resultados en el enfermo. El seguimiento se divide en etapas de 3, 12 y 24 meses.

#### *Objetivos*

- Controlar tanto la abstinencia de juego como su evolución personal, familiar, social y laboral.

- Comprobar la estabilidad y el mantenimiento de los resultados en el paciente.

5. Valoración de los resultados

CUADRO «A»

Diagnosticados 193	Diagnosticados como J. P.	188
	Derivados a otros profesionales	5

CUADRO «B»

Acogidos a tratamiento: 151	Abandono tratamiento	24	—	15,09 %	
	Completado	Rehabilitado	83	—	86,46 %
		No rehabilitado	13	—	13,54 %
					100,00 %
	Actual. en tratamiento	31	—	20,05 %	

CUADRO «C»

Esposas	50 %	Esposos	0,5 %
Madres	10 %	Padres	0,5 %
Hermanas	15 %	Hermanos	0,5 %
Hijas	0,5 %	Hijos	0,5 %
Famili. mujeres	80 %	Famili. hombres	20 %

Total acogidos en terapia familiar: 109, 100 %

De los 151 enfermos que se han acogido al programa de intervención, 24 han abandonado el mismo antes de cumplir los 3 meses mínimos exigidos para que consideremos que una persona ha concluido



el programa de tratamiento, esto supone un 15,09 %, porcentaje que consideramos es bastante bajo, y, por tanto, satisfactorio para el programa.

De los 96 jugadores patológicos que han completado el tratamiento y a los que se les ha efectuado un seguimiento, 83 de ellos han cumplido totalmente los objetivos del programa (El principal es la abstinencia de juego). Un porcentaje de 86,46 % de j. p. tratados se ha rehabilitado, porcentaje que consideramos muy elevado.

Estos datos corresponden al seguimiento efectuado a los tres meses de terminar el tratamiento, el próximo seguimiento se ha de realizar a los 12 meses, aunque esperamos que el porcentaje de rehabilitación al año de abandonar el tratamiento se aproxime al de años anteriores, situado entre el 70-75 %.

Además de la abstinencia al juego, prioritaria a la hora de valorar la intervención, hemos observado otros cambios muy positivos en los pacientes, incluso en aquellos que no se han considerado como rehabilitados:

- mayor integración laboral y social.
- menos ansiedad y depresión.
- mayor autoestima.
- en general, mejor adaptación.

Dado que en tratamiento del juego patológico no existen técnicas universalmente reconocidas que permitan la recuperación de los enfermos, consideramos que el programa que proponemos puede representar una puerta abierta a un nuevo enfoque de la situación, fundamentalmente atractivo debido a su reducido coste material (espacio, tiempo y personal) que en este caso ha sido acompañado de una más que aceptable tasa de rehabilitaciones. Somos conscientes de que para inferir resultados generales sería preciso disponer de una muestra mucho más grande de individuos pero en cualquier caso los resultados obtenidos a priori son tremendamente prometedores y por tanto merecedores de un estudio de mayor calado.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington: D. C. American Psych. Ass., Third Edition, Revised.
- Gamblers Anonymous (1986), *Questions and Answers about the problem of Compulsive Gambling and the GA Recovery Program*, Los Ángeles: California, Gamblers Anonymous
- González, Ángeles (1989), *Juego Patológico: Una nueva adicción*, Madrid: Tibidabo Ediciones, S.A.

- Lesieur, H. R.(1979), *The Compulsive Gambler's Spiral of Options and Involvement*, *Psychiatry*, 42, n. 1, 79-87.
- (1985), 'Screening and Treatment of Dually Addicted Patient', *The National Council on Compulsive Gambling*, *Newsitter*, vol. 1, n. 12, 1-3.
- (1985), 'Alcohol, Other Drugs and Gambling. A Study at South Oaks Hospital', *The National Council on Compulsive Gambling*, *Newsitter*, vol. 1, n. 13, 3-4.
- Mixon, A. (1985), *Diagnosing the Pathological Gambler*, *Journal of Gambling Behavior*, vol. 1 (1), 17-22.
- Pokorny, M. (1972), *Compulsive Gambling and the Family*, *British Journal of Medical Psychology*, 45, n. 4, 355-364.
- Salzmann, M. M. (1982), *Treatment of Compulsive Gambling*, *British Journal of Psychiatry*, 141, 318-319.

## SUMARIO

This article offers a detailed analysis, not only of the variety of dealings with compulsive gamblers who have turned for help to the Madrid Association of Gamblers on the road to Rehabilitation (Amajer), but also of the results obtained from a study carried out in 1992, in which 193 individuals were assessed, of whom 86 % have reformed. The article includes details of the objectives and stages of intervention, along with the techniques used, which include group therapy for compulsive gamblers and their families.