

Ludopatía

C. Ponce de León^a, A. García^b y J. Carrión^b

^aPsiquiatra. ^bPsicólogo. CINTECO (Centro de Investigación y Terapia de Conducta).

En los sistemas actuales de clasificación de enfermedades¹ persisten ciertas concepciones anacrónicas como la dualidad mente-cuerpo, sustentadas más por la necesidad de ordenar la información y formar a profesionales con capacidad para emplear herramientas terapéuticas diversas que por el estado actual del conocimiento médico. Los datos que disponemos indican que los trastornos mentales están relacionados con factores o procesos biológicos, y las enfermedades físicas lo están con elementos o procesos de comportamiento o psicosociales.

Las enfermedades que aquejan a nuestra especie pueden contemplarse como el resultado en un sujeto concreto del juego interrelacionado de fuerzas organizadas en los niveles biológico, psicológico y sociocultural. Desde esta perspectiva, el grado de protagonismo de unas u otras fuerzas varía en el individuo enfermo según su repertorio genético e historia personal, la etapa del desarrollo por la que transita, el momento evolutivo en que se encuentra su trastorno y la situación del macrosistema (familiar y social) que envuelve a ambos.

La regulación de la expresión genética por factores ambientales modela las funciones corporales, incluidas las cerebrales. En los humanos, esta capacidad para modificar la función transcritora de un gen mediante el aprendizaje es particularmente eficaz y da lugar a una nueva clase de evolución: la evolución cultural, responsable de los mayores cambios que se han producido en la vida de nuestra especie en los últimos cincuenta siglos².

Los factores sociales y el propio comportamiento del individuo ejercen acciones sobre el cerebro retroalimentándolo para modificar la expresión de los genes y, por consiguiente, la función de las células nerviosas. El aprendizaje –de adaptación o desviado– altera la fisiología cerebral². En otras palabras: lo educativo se muestra finalmente como natural y los humanos “bien educados” se comportan con “naturalidad”.

Definimos las enfermedades a partir de diferentes niveles de abstracción –cambios del parámetro fisiológico (p. ej., hipertensión), alteración estructural (p. ej., gastritis atrófica), etiología (p. ej., tuberculosis pulmonar) o forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña). Los trastornos mentales se conceptualizan como patrones psicológicos o de comportamiento con significación clínica, que aparecen asociados a malestar, discapacidad o riesgo¹.

La ludopatía se contempla como un trastorno mental, y es a partir de 1980 que se define desde la óptica de la patología del control de los impulsos³. Los trastornos de este grupo comparten una dificultad para resistir la tendencia a desarrollar un acto perjudicial para la persona o para los demás.

JUEGO NORMAL Y JUEGO PATOLÓGICO

El juego es un aspecto constitutivo de la vida y del desarrollo del ser humano como medio de aprendizaje de habilidades y forma de interacción con el entorno.

Llamamos “juego” a una actividad en la que un sujeto arriesga un objeto de valor a cambio de la posibilidad de conseguir otro considerado de valor superior.

En todos los juegos intervienen en mayor o menor medida factores de azar, pero los llamados *juegos de técnica* se caracterizan porque el respeto a las normas, la capacidad y el entrenamiento de los participantes se identifican como determinantes del resultado. En el juego de azar es manifiesta la independencia entre la conducta del sujeto y el éxito o fracaso final.

El *juego social* se practica en el marco de una relación, su duración está pactada y las pérdidas se determinan previamente. En el *juego profesional*, los riesgos son limitados y la disciplina es central, por lo cual la destreza del sujeto ocupa un lugar prioritario respecto al factor azar.

En el *juego patológico (JP)*, la actividad, que parece dirigida al control de las leyes del azar, es recurrente y desadaptativa, lo que origina una alteración en la continuidad y el equilibrio de la vida personal, familiar o profesional del afectado¹.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

El individuo dedica cada vez más tiempo a jugar y necesita realizar apuestas más altas para experimentar emoción; su preocupación por el juego es creciente y presenta síntomas de abstinencia si interrumpe la conducta de forma brusca; apuesta cantidades mayores para recuperar pérdidas; miente y emprende acciones inadecuadas o delictivas para poder seguir jugando, lo que le crea conflictos familiares, profesionales o sociales; emplea el juego para olvidar problemas personales y estados de ánimo desagradables; consiguientemente, sus intentos de reducir o abandonar la actividad patológica resultan infructuosos (tabla I).

TRASTORNOS ASOCIADOS

Existe una importante comorbilidad entre el JP y los trastornos del estado de ánimo, los síndromes de déficit de atención/hiperactividad y el abuso de sustancias. Los sujetos afectados de ludopatía están más expuestos a presentar ciertas patologías médicas (p. ej., hipertensión, úlcus gastroduodenal o migraña). Es frecuente la asociación con trastornos de personalidad, fundamentalmente antisocial, narcisista y límite. Finalmente, según datos de la Asociación Psiquiátrica Americana (1994), un 20% de los pacientes que solicitan asistencia por JP ha cometido alguna tentativa autolítica¹.

EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO

Junto con Alemania, España es el país con mayor inversión económica per cápita en juegos de azar de Europa, con un gasto absolu-

TABLA I DSM-IV. Criterios para el diagnóstico de F63.0 Juego Patológico [312.31]

- A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
 3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
 4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta detener o interrumpir el juego
 5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de *cazar* las propias pérdidas)
 7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
 8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego
 9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
 10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego
- B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco

to de tres billones de pesetas en el año 1991. No se han realizado estudios epidemiológicos nacionales, pero disponemos de datos procedentes de distintas comunidades (catalana y gallega) indicativos de que entre el 0,6 y el 3,49% de la población adulta española reúne criterios de JP. Las cifras en población más joven manifiestan una tendencia al alza⁴.

Atendiendo al género, existe un predominio masculino, con proporción de 2:1. De entre los sujetos que solicitan asistencia, la proporción aumenta hasta 10:1 a favor de los varones.

En términos de edad, destaca el rango comprendido entre los 18 y los 30 años. Llama la atención la importante incorporación de la población adolescente⁵.

Estudios de prevalencia realizados por el "Consejo sobre Problemas de Juego" en el Estado de Nueva York indican que en 1996 el 3,6% de su población cumple criterios diagnósticos de JP. Según un estudio realizado en 1998, el 2,4% de los jóvenes neoyorquinos de entre 13 y 17 años presenta frecuentes y graves complicaciones de JP. Una cifra próxima al 14% de la población juvenil está contemplada como población de alto riesgo⁶.

PSICOBIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO

Neurotransmisión, comportamiento y aprendizaje.

Desde el punto de vista de lo inmediato, podemos describir la conducta de juego del ludópata como una secuencia de comportamiento en la que el individuo percibe tensión o activación interior seguida de una sensación de placer o liberación al iniciar la conducta motora, posteriormente experimenta una dificultad para interrumpir el comportamiento o fijar la atención en sus aspectos indeseables.

Como en otros trastornos del control de impulsos, se han descrito en el JP alteraciones en diferentes sistemas neurotransmisores. La interacción entre las funciones serotoninérgica (5-HT), noradrenérgica (NA) y dopaminérgica (DA) constituye el marco postulado en la actualidad para la comprensión de la fisiopatología de las adicciones y los comportamientos impulsivos. Los diferentes aspectos fenomenológicos de la ludopatía pueden corresponderse con cambios en cada uno de estos sistemas neurotransmisores. Esto no implica una relación causa-efecto, sino más bien un paralelismo entre procesos psicológicos y neuroquímicos. El *aprendizaje*

sería el resultado de ciertos cambios biológicos perdurables que la experiencia origina en el organismo predispuesto.

La función serotoninérgica (5-HT) regula el inicio e inhibición de la conducta, y su déficit se traduce en una resistencia del comportamiento a la extinción, con la consiguiente dificultad por parte del jugador para aplazar la conducta problemática o interrumpirla una vez iniciada⁷.

El sistema noradrenérgico (NA) regula el arousal y detecta estímulos nuevos y/o aversivos, y sus disfunciones pueden constituir la base neuroquímica de la característica actitud expectante y selectiva del sujeto ante los estímulos que el juego proporciona.

La función dopaminérgica (DA) media en los mecanismos de recompensa y refuerzo de la conducta, con lo que la complejidad de su fisiología se imbrica en la adquisición y mantenimiento de comportamientos impulsivo-adictivos cuyo conjunto ha sido denominado "síndrome del déficit de recompensa" (Comings, 1998). La investigación en este campo ofrece resultados prometedores para la psiquiatría clínica de los próximos años⁸.

Desde el modelo de adquisición basado en las *teorías del aprendizaje* entendemos que la exposición a un estímulo, que puede ser de naturaleza diversa (en el diseño de las máquinas tragaperras encontramos un ejemplo de la variedad de señales que provocan al usuario), que en un contexto social propicio suscitara conductas de juego asociadas con un patrón de gratificación o "refuerzo positivo" (posible ganancia y refuerzo social) que, en confluencia con un segundo patrón de alivio de estados desagradables o aversivos ("refuerzo negativo"), da lugar al hábito. Otros aspectos propios del individuo y del tipo de juego se ocupan de sustentar un comportamiento a primera vista incomprensible, puesto que en sí mismo es más generador de pérdidas que de ganancias. Serían factores como la inmediatez de la recompensa, la accesibilidad de la conducta o la cuantía del premio y su presentación impredecible, además de otras características específicas –luzes, sonidos colores y claves–, los que configuran el potencial adictivo de los diferentes juegos. Todos estos encierran una administración programada de satisfacciones y frustración. El sujeto experimenta una sensación propioceptiva de anticipación de ganancia o recuperación, en la que se imbrican ilusiones de control sobre los resultados en forma de creencias erróneas frecuentemente extravagantes.

COORDINACIÓN DE INTERVENCIONES

La detección precoz y el tratamiento adecuado del juego patológico debe ser un objetivo prioritario para los profesionales de la salud. La ludopatía no es sólo un trastorno con altos costes personales, familiares y sociales, representa además una patología psiquiátrica grave con alto riesgo de suicidio. Su incidencia creciente en las sociedades occidentales exige la puesta en marcha de maniobras orientadas a la prevención primaria. Entendemos, junto a la mayor parte de los autores, que estas maniobras deben dirigirse preferentemente a la población juvenil⁹.

El tratamiento del JP, como el de todos los trastornos mentales, consiste en una secuencia de decisiones que articulan intervenciones coordinadas en función de las necesidades del individuo.

El desarrollo de tratamientos integrales incluye la evaluación y tratamiento de las enfermedades físicas y psiquiátricas asociadas. Se debe deshabituarse la conducta de juego y prevenir su recaída, para lo que es necesario tener en cuenta las características de la personalidad del jugador y considerar la necesidad mayor o menor de intervenir en su contexto sociofamiliar.

Desde el punto de vista farmacológico, los preparados que intervienen en la regulación del sistema serotoninérgico (ISRS) han

demostrado una efectividad notable. Los todavía escasos estudios controlados arrojan cifras de hasta el 70% de remisión sintomática. Probablemente la mejoría del estado de ánimo unida a la reducción de la realidad obsesiva y regulación del patrón inicio/desinhibición conductual explican los resultados favorables¹⁰.

Desde el modelo de intervención cognitivo-conductual se guiará al paciente hacia una adecuada percepción del problema, motivándole para el cambio y el aprendizaje de estrategias que mejoren su autocompetencia frente a la conducta de JP, con el objetivo de reducir la probabilidad de aparición de episodios y generar las alternativas necesarias para prevenir la recaída.

Entendemos por *autocompetencia* la capacidad del sujeto para modular su propia conducta a través de estrategias aprendidas como la autoobservación, la autoevaluación y el control sobre los estímulos antecedentes, internos y externos, las respuestas provocadas por éstos y sus consecuencias, positivas o negativas, inmediatas o demoradas.

Será el paciente quien, en definitiva, pondrá en marcha los cambios sugeridos para conseguir los objetivos consensuados con el terapeuta. Este proceso contará con el soporte de las intervenciones paralelas a cargo de los demás profesionales de la salud implicados en el abordaje integral del problema.

RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL JUGADOR PATOLÓGICO

La comprensión del problema de JP desde una perspectiva que contempla factores de vulnerabilidad –genética o adquirida– y variables de aprendizaje, tanto en la génesis como en el mantenimiento del comportamiento de juego, nos impide situarnos frente al jugador patológico como si se tratase de una persona que decide en términos absolutos su relación con la conducta problemática, alguien a quien se censura por desdeñar el trabajo de los profesionales que le atienden, por mantener su “vicio” a pesar del sufrimiento de sus familiares y las demandas de éstos. Por otra parte, el tratamiento del JP exige la colaboración y el compromiso del paciente.

Por este motivo es necesario conjugar dos perspectivas que convergen para definir el papel del terapeuta y la posibilidad de intervención, a saber, la percepción de enfermedad y el concepto de autocompetencia frente a la respuesta *problema*, en nuestro caso el JP.

Los mejores objetivos terapéuticos son aquellos que armonizan los del profesional de referencia con los del paciente y sus familiares. El arte de cifrar las intervenciones en términos que favorezcan las expectativas del otro es la esencia de la psicoterapia y la clave del éxito de los tratamientos médicos. ■

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A., 1994/1995.
2. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM. Essentials of Neural Science and Behavior. Appleton and Lange, 1995.
3. American Psychiatric Association. DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C., 1980.
4. Labrador FJ, Becoña E. Juego Patológico: Aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En: Graña JL, editor. Conductas Adictivas. Madrid: Editorial Debate, 1994.
5. Echeburúa E, Bález C. Concepto y evaluación del juego patológico. En: Graña JL, editor. Conductas Adictivas. Madrid: Editorial Debate, 1994.
6. Leston LM. Problem and Pathological Gambling: A consumer Perspective. Int J Neuropsych Med 1998;3.
7. De Caria CM. Serotonergic and Noradrenergic Function in Pathological Gambling. Int J Neuropsych Med 1998;3:38-47.
8. Comings DE. The Molecular Genetics of Pathological Gambling. Int J Neuropsych Med 1998;3:20-37.
9. Secades R, Villa A. El juego patológico: Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia. Madrid: Pirámide, 1998.
10. Leonard BE, Healy D. Efectos diferenciales de los antidepresivos. Martín Dunitz, 2000.