



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

### 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 aproximaciones psicológicas procede de la orientación psicoanalítica (**Freud 1928**). Pero no será reconocido internacionalmente como un trastorno mental hasta 1980 cuando la APA lo incluye en el DSM-III.

La principal causa de tan tardío descubrimiento tendría que ver con el apoyo empresarial y estatal, que ha llevado a la proliferación de estos juegos. Esto, junto con la crisis económica y el retroceso de los valores tradicionales ha provocado que cada día más gente juegue (entre el 70-90%).

### DESCRIPCION CLINICA

#### A. CONCEPTUALIZACIÓN

La definición que ha logrado mayor aceptación es la de **Lesieur**, quien considera al jugador como aquella persona que fracasa progresiva y reiteradamente en su intento de resistir el impulso de jugar, aunque tal implicación le provoque problemas en su vida personal, familiar y socioprofesional.

Diversos autores han tratado de estructurar el proceso a través del cual una persona pasa de jugador social a patológico. Generalmente se trata de un proceso que puede durar años, y que suele comenzar en la adolescencia. **Custer** señala tres fases:

- ✓ *Fase de ganancias*. Se juega poco, al conseguir algún premio se comienza a dar importancia a las ganancias y a minimizar las pérdidas, con un aumento de optimismo y autoestima.
- ✓ *Fase de pérdidas*. Va aumentando la frecuencia y cantidad de dinero. Para hacer frente a sus pérdidas se endeuda, por lo que juega para pagar las deudas, de este modo entra en un círculo vicioso (la caza). Está cada vez más irritable y se distancia de familiares y amigos. Existe ya una falta de control de impulsos y es difícil que reconozca el problema, la familia no lo identifica como un trastorno psicológico, se hace cargo de las deudas, haciendo que el jugador no asuma su responsabilidad, y lo presionan para que lo deje.
- ✓ *Fase de desesperación*. Recae pero trata de ocultarlo y termina viéndose desbordado por los problemas financieros, lo que le lleva a cometer actos ilegales que no suelen ser violentos. Cree que lo devolverá con las próximas ganancias. Al descubrir las nuevas mentiras, el deterioro familiar suele ser extremo. En muchos casos agravados por el consumo de alcohol como modo de enfrentarse a las consecuencias de sus actos. Aumentan los signos de malestar y en ocasiones los intentos de suicidio.

#### B. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

Gracias a **Custer** en 1980 se reconoce el juego como un trastorno psiquiátrico en el DSM-III. Que lo encuadra dentro de los trastorno del control de los impulsos no clasificados en otras categorías. Lo define como un "fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete o altera los intereses personales, familiares y vocacionales.

El DSM-III-R sigue conceptualizando el juego como un trastorno del control de los impulsos. Modifica los criterios diagnósticos, que se hacen similares a los de las drogas, aumenta el número



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

de criterios necesarios para el diagnóstico y elimina el trastorno antisocial de la personalidad como criterio de exclusión, reconociendo que ambos trastornos pueden ir juntos.

El DSM-IV sigue incluyendo el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos. Considera que se deben cumplir por lo menos cinco de los diez criterios, y aconseja no realizar este diagnóstico si la conducta puede explicarse por un episodio maníaco. Estos criterios, a diferencia de los anteriores, están basados en la investigación y han sido seleccionados según su validez discriminante. Se refleja en la remodelación de algunos de los criterios: se incluyen nuevos síntomas como jugar para escapar de problemas o estados de ánimo disfóricos y las mentiras para ocultar el juego. Se da más relevancia a las consecuencias del juego en los aspectos familiares, sociales y legales.

Los criterios diagnósticos son diferentes si se utiliza la **CIE-10** que considera necesario:

- 1) Tres o más episodios de juego en un año.
- 2) Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional y la interferencia con el funcionamiento en la vida diaria.
- 3) Incapacidad para controlar las urgencias a jugar, combinado con una incapacidad para parar.
- 4) Preocupación mental con el juego o las circunstancias que lo rodean.

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

### C. DISTINTAS CONCEPTUALIZACIONES DEL JUEGO PATOLÓGICO.

Tradicionalmente se ha considerado como una cuestión dicotómica: se es o no se es un jugador patológico. Esta conceptualización se corresponde con el modelo médico tradicional, DSM-IV. El adoptar este punto de vista lleva a: tener como única meta del tratamiento la abstinencia total, considerarlo como atenuante en los juicios o el permitir evadir responsabilidades por parte del jugador. Se incluyen aquí los modelos que lo consideran una enfermedad mental, una adicción adquirida o la consecuencia de una anormalidad física subyacente.

#### 1. Como un trastorno del control de los impulsos.

Es donde lo encuadran el DSM-IV, debido a su parecido con la cleptomanía, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía y la tricotilomanía, que tienen en común los siguientes aspectos:

- ❖ Fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo conductas que son dañinas para el individuo o para los demás. Puede existir o no una resistencia consciente a este impulso. El acto puede ser planificado o meditado o no.
- ❖ Sensación creciente de tensión o de activación (arousal) antes de llevar a cabo el acto.
- ❖ Experiencia de placer en el momento de consumir el acto. Este acto es egodistónico en tanto que es consonante con el deseo consciente inmediato del individuo. Inmediatamente después del acto puede haber o no sentimientos de pena, culpa o autorreproche.

Tabla 16.3 criterios para el juego patológico en el DSM-IV

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

- 1). Preocupado por el juego
- 2). Necesidad de jugar una cantidad mayor cada vez para obtener la excitación deseada.



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

- 3). Hacer repetidos intentos sin éxito para cortar, o dejar de jugar.
  - 4). Inquietud o irritabilidad cuando se intenta dejar.
  - 5). Jugar como modo de escapar de los problemas o de aliviar el humor disfórico.
  - 6). Volver al día siguiente para recuperar lo perdido.
  - 7). Mentir para ocultar el alcance de su implicación
  - 8). Cometer actos ilegales para financiar el juego.
  - 9). Arriesgar o comprometer una relación significativa a causa del juego.
  - 10). Contar con otros o con instituciones para aliviar las situaciones financieras producidas.
- B.** El trastorno no se circunscribe a un episodio maníaco.

### 2. Como una conducta adictiva.

Son cada vez más los autores que se inclinan a considerarlo así, en vista de los paralelismos que guarda con ellas principalmente con el alcoholismo. Esta posición es la mantenida por los teóricos del aprendizaje social. Este es el punto de vista que se mantuvo al redactarse el DSM-III-R y el DSM-IV, donde a pesar de seguir incluyéndolo en los trastornos del control de impulsos no catalogados, sus criterios diagnósticos guardan un paralelismo con los de abuso de sustancias. Algunos autores matizan otros factores comunes:

- ❖ **Socioculturales:** amplia aceptación social y disponibilidad ambiental (en el alcohol y juego).
- ❖ **De personalidad:** ciertos rasgos comunes, como extroversión y psicoticismo. Pero estos datos son contradictorios, no habiéndose encontrado ningún perfil característico de personalidad.
- ❖ **Modelos explicativos:** se ha recurrido a modelos explicativos similares para explicar ambas conductas. Desde las teorías del aprendizaje se postula la importancia del refuerzo tanto negativo como positivo, y la influencia del aprendizaje observacional. También se insiste en que parecen existir mecanismos de defensa comunes, tales como la racionalización y la negación.
- ❖ **Fenómenos comunes:**
  - a) Intensa preocupación por la búsqueda del juego y los síntomas de abstinencia y tolerancia;
  - b) Fenómeno como el "golpe" o el estado activado eufórico reforzantes.
  - c) Aparición de estados disociativos.
  - d) Supeditación del estilo de vida al mantenimiento de la adicción.
- ❖ **Su amplia repercusión social:** ya que afecta a todos los miembros de la familia. Además en ambos trastornos el individuo suele explotar a la familia con mentiras o robos, aunque el jugador raramente actúa de forma violenta.
- ❖ **El proceso de recaída:** suele aparecer con mayor frecuencia en los tres primeros meses, las situaciones de alto riesgo son similares, así como los componentes cognitivos implicados.
- ❖ **Tratamiento:** las técnicas utilizadas en ambos trastornos son similares (p.ej. las técnicas aversivas) y también en ambos son preferibles los programas de tratamiento multimodales, donde juega un papel importante la prevención de recaídas.
- ❖ **Fenómeno de co-adicción:** la incidencia de juego en alcohólicos es de 4-25% más alta que en la población normal. También es más alta la incidencia de alcoholismo en los jugadores del 4-39%.

Frente a esta tendencia, de EEUU, que trata de agrupar todas estas conductas dentro de un modelo común, otros autores hacen hincapié en las diferencias, señalando como la primera y principal que en el juego y otras adicciones no tóxicas no existe ingesta de ningún producto que



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

ocasiona cambios biológicos en el organismo ni a corto ni a largo plazo, por lo que no se podría hablar de adicción en sentido estricto del término.

### 3. Como una conducta compulsiva.

Se ha considerado como compulsivo por las similitudes que guarda con el trastorno obsesivo-compulsivo: urgencia en llevar a cabo la conducta, de forma repetitiva, el papel reforzante de la misma, el tratamiento con fluoxetina y clomipramina. Pero la diferencia estaría en que para los obsesivos la conducta sería egodistónica, mientras que para los jugadores es egosintónica. La evidencia experimental no apoya este punto de vista.

Otro modo de considerar la conducta de juego es entenderla como un continuo, en uno de sus polos se encontraría el jugador social y en el otro extremo el patológico. Este punto de vista permite admitir como meta de tratamiento el juego controlado, y da prioridad al establecimiento de leyes que restrinjan el acceso de la población al mismo. De momento ya existen datos empíricos que apoyan este punto de vista. **Bentall y cols** encontraron un continuo que iba desde poco uso hasta dependencia, no encontrándose una clara distinción entre el juego controlado y el excesivo.

### D. EPIDEMIOLOGÍA.

Con el reconocimiento oficial del juego como trastorno mental en 1980 se extiende el interés por los estudios epidemiológicos. Estos estudios son necesarios a la hora de diseñar políticas de prevención, tratamientos y rehabilitación.

#### 1. Estudios epidemiológicos.

Los primeros se realizan en EEUU en 1974, sus resultados señalan un 0,77% de jugadores patológicos y un 2,33% de jugadores-problema. A mediados de los 80 aumenta de modo notable el interés por esta problemática, y a partir de entonces se han llevado a cabo distintos estudios. La mayor parte de ellos muestran una tasa de prevalencia que oscila desde el 0,1% en Iowa al 3,37% en el Valle de Delaware. Asimismo la tasa de jugadores-problemas (que cumplen criterios para el juego patológico sin cumplir los 5 para el diagnóstico) varía desde el 1,6% hasta el 4,1% respectivamente.

Se han realizado otros estudios en otros países, como Canadá 1,2% patológico y 2,6% problemas, Nueva Zelanda 1,17% patológico y España 1-2% patológico 5,18% problema.

Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de revisar las políticas sobre el juego. Parece necesario dedicar mayor atención a los tres niveles de prevención (educación y prevención, tratamiento temprano y rehabilitación).

#### 2. Estudios realizados sobre determinadas poblaciones especiales.

##### a) En poblaciones de jugadores.

Se han llevado a cabo 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. **De Miguel** encontró que el 8% de los encuestados era adicto;



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

**Dickerson** el 41% acude a jugar más de una vez a la semana; **Griffiths** el 18% de los adolescentes fue diagnosticado como jugador patológico.

### ***b) En jóvenes adolescentes***

En los últimos años se aprecia un aumento espectacular de jóvenes afectados por este problema, a causa de factores como:

1. La realización de estudios epidemiológicos sobre la población en general, que ha puesto de manifiesto que el número de jóvenes jugadores patológicos es mucho más elevado.
2. La accesibilidad cada vez mayor al juego.
3. La mayor concienciación de la población, que posibilita que se reconozca antes el problema.

Se han llevado a cabo estudios en los que el 5% de los jóvenes puede considerarse jugador patológico, esto teniendo en cuenta que en la mayoría de los países está prohibido a los menores.

### **E. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.**

Durante mucho tiempo se consideró como prototipo de jugador a un varón, de raza blanca, con un nivel cultural medio-alto y de mediana edad. Este prototipo se extrajo a partir de estudios de la población que acudía en busca de tratamiento, y no se corresponde con los datos actuales, que comprenden también a aquellos jugadores que no buscan tratamiento.

De momento, la mayor parte de los estudios sólo contempla cada característica de manera aislada, pero no se han realizado cruces entre las distintas variables, ni en función del tipo de juego.

Respecto al sexo, sigue habiendo un predominio de hombres, aunque las diferencias no son tan marcadas en los estudios epidemiológicos (2:1) como en los clínicos (10:1).

En cuanto a la edad los datos indican que se da en todas las edades, si bien con mayor frecuencia entre los menores de 30 años. Parece existir un patrón de uso distinto según la edad, los más jóvenes tienden a jugar en compañía de amigos, los mayores tienden a acudir solos.

La patología del juego parece extenderse a todas las clases sociales. Pero parecen existir distinciones en los juegos, las clases medias-altas predominan entre los jugadores de casinos, mientras que la medias-bajas en las máquinas recreativas.

Sobre el nivel de educación, los estudios señalan, que afecta a todos los niveles por igual.

El estado civil, también cambia según se obtengan los datos de la población clínica o de la general. En la clínica se observa un mayor número de casados, en la general de solteros, separados, etc.

### **F. EDAD DE INICIO Y CURSO.**

En la adolescencia en los hombres y más tarde en las mujeres. Tiende a la cronicidad.

### **G. PROBLEMAS ASOCIADOS AL JUEGO.**

El jugador patológico se caracteriza por haber perdido el control sobre el juego, y porque esta conducta le provoca problemas en el ámbito personal, social, laboral y legal. De hecho el DSM-III-R califica el deterioro como extremadamente incapacitante.

#### **1. Personales.**



---

## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

---

En muchas ocasiones, el juego va acompañado de una serie de alteraciones en la esfera personal, que hay que conocer y valorar realizando, en su caso, un doble diagnóstico.

### **a) Consumo de drogas.**

Es bastante frecuente que la persona consuma alcohol, tabaco u otras drogas mientras juega, lo que agrava las consecuencias negativas.

Las causas de esto son muy diversas y habría que apelar a factores de CC, refuerzo, y aprendizaje observacional. En algunos casos el jugador toma alcohol para aumentar su nivel de excitación; en otros para no ser consciente de las pérdidas y problemas que el juego le está ocasionando; en otras ocasiones al ingerir alcohol u otras drogas se siente relajado y a gusto, experimentando un grado de bienestar que no consigue en otras circunstancias. El jugador no se da cuenta de la cantidad que está ingiriendo, ya que esto puede llegar a convertirse en un hábito que se realiza de modo automático.

Además de este consumo mientras juega, hay personas que utilizan el alcohol u otras drogas con el fin de no sentirse culpables por las pérdidas y deterioros, y debido a estos efectos tranquilizantes llegan a hacerse dependientes de estas sustancias.

El consumo de alcohol y otras 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. Este mismo proceso puede ocurrir al contrario: que al tratar de abandonar las drogas se caiga en el juego.

### **b) Otras conductas adictivas.**

**McCormick y Taber** hacen referencia al estilo compulsivo que los jugadores manifiestan en otras actividades placenteras. En un estudio el juego patológico correlacionó positivamente con el uso de tabaco, alcohol drogas ilegales y comer en exceso.

### **c) Trastornos afectivos.**

La depresión aparece con frecuencia acompañando al juego (en el 72%), y en muchas ocasiones suele ser la demanda por la que se solicita ayuda. Su incidencia es más elevada en los que además de jugadores consumen alcohol u otras drogas y en los que han vivido acontecimientos vitales estresantes.

La mayor parte de las veces, la depresión es resultado de la conducta de juego, debido a las consecuencias desastrosas que produce; pero también puede ser un desencadenante, ya que la persona lo podía utilizar como un modo de hacer frente a estos sentimientos desagradables, estableciéndose así un círculo vicioso. De hecho los trastornos afectivos son la causa de muchas recaídas.

### **d) 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).



---

## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

---

### **e) 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.

### **f) 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.

### **g) 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.

## **2. 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.

## **3. 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.



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

### 4. 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.

### 5. Legales.

Una vez agotada las fuentes de financiación legal pueden recurrir a la comisión de delitos que le permitan obtener dinero para seguir jugando.

### H. TIPOS DE JUGADORES.

Diferentes autores han insistido en la conveniencia de diferenciar distintos tipos de jugadores, pero de momento no existe acuerdo entre ellos y la evidencia experimental es mínima.

**Bergler** distinguió: el jugador clásico, el hombre pasivo-femenino, el pseudosuperior defensivo, el jugador motivado por una culpa inconsciente, el jugador impasible y la mujer jugadora.

**Morán** distingue 5 subgrupos: neurótico (como respuesta a una situación emocional); psicopático (como una conducta más de este trastorno); impulsivo (con bajo control de impulsos); subcultural y psicótico (asociado a un trastorno primario). El neurótico, el psicopático y el impulsivo han recibido algún apoyo experimental.

**Custer** hace referencia a las motivaciones que llevan a jugar y distingue entre "profesionales" o "delincuentes", que consideran al juego como fuente de ingresos, y los de "tiempo libre" que incluye tanto a los ocasionales como a los habituales. De entre los "jugadores-problema" diferencia entre el "social-serio" que se inicia por entretenimiento aunque se implica cada vez más, y el de "alivio y escape" que utiliza el juego como modo de escape frente a emociones desagradables.

**Los Jugadores Anónimos** distinguen: el jugador "serio" que juega de modo regular, pero no le causa problemas en otras áreas. El jugador "dependiente" que lo utiliza como escape, aunque es capaz de parar temporalmente cuando ve una amenaza en su vida. El jugador "compulsivo" que tiene una gran pérdida de control sobre el juego.

**González** diferencia tres tipos según sus motivaciones: el jugador "social" que lo hace por placer, de modo esporádico y con control; el "profesional" que también tiene control y estudia las jugadas para obtener beneficios; y el "patológico" sin control y con un gran deterioro social y personal.

**Ochoa y Labrador** le añadieron a esta clasificación una cuarta categoría la del jugador "problema" que mantiene cierto control, sin graves problemas en su vida laboral y familiar pero que presentan un alto riesgo de convertirse en patológicos.





---

## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

---

### A. FACTORES PREDISPONENTES.

Se pueden distinguir tres tipos de factores: personales, familiares y socioambientales.

#### 1. Factores personales.

Son aquellas características que presenta la persona y que le predisponen a utilizar el juego como válvula de escape a sus problemas. Entre estos factores cabe destacar:

##### a) *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:

##### 1. 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).

##### 2. 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.

##### b) *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.



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

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: 1) un déficit de noradrenalina; 2) problemas en la diferenciación hemisférica, similares a los encontrados en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Queda por saber si estas diferencias son previas al trastorno o una consecuencia de él.

### **c) Variables cognitivas.**

Parece que las personas caracterizadas por determinados estilos cognitivos, tales como el pensamiento mágico (esperar que el dinero conseguido en el juego solucione todos los problemas) y la 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.

### **d) 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.

## **2. Factores familiares.**



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

El DSM 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 casados.

### 3. 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.

## B. FACTORES MANTENEDORES.

Pueden agruparse en cuatro categorías:

### 1. Refuerzos positivos y negativos.

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.

En el caso de los refuerzos 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.

### 2. Estímulos discriminativos.



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

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.

### 3. Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales.

Los factores cognitivos juegan un papel fundamental en la adquisición y en el mantenimiento del juego. Así hay autores que han llamado nuestra atención sobre esos sesgos cognitivos que aparecen en el juego. 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.

**Ladouceur y cols.** han desarrollado un método denominado "pensar en voz alta". Los resultados indican que se producen esos errores, 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:

#### a) *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.

#### b) *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.

#### c) *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



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

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.

### 4. Falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar.

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.

## MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLOGICO

### A. LOS PRIMEROS MODELOS.

#### 1, Modelo moral.

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

#### 2. 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.

#### 3. Modelos operantes.

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.

### B. MODELOS POSTERIORES.

#### 1. Blaszczynski y cols.



## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

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.

### 2. Brown.

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

- a) 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.
- b) Necesidades psicofisiológicas de arousal: incluye las preferencias por un determinado nivel de arousal y la utilización del juego como modo de autorregulación.
- c) 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.
- d) Factores afectivos: incluye el poder que tienen las emociones como la ansiedad y la depresión.
- e) Patrones de refuerzo conductual: incluye el refuerzo intermitente de razón variable.
- f) Determinantes sociales e institucionales: incluye el cada vez más limitado número de estrategias para obtener dinero y pagar las deudas.
- g) Relaciones significativas con otros: incluye las necesidades de poder, afecto, estatus y los intentos de gratificar estas necesidades a través del juego.
- h) 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).

### 3. 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



---

## CAPITULO 16: EL JUEGO PATOLÓGICO

---

- 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