

# Terapia racional emotiva aplicada al tratamiento del juego patológico

Niceto González Valerio, psicólogo de la Asociación de Alcoholdependencias de La Coruña.  
Sección Ludopatía.

## Resumen

Tratamos en este artículo, tras analizar las características generales del modelo de terapia racional emotiva (RET) desde distintas perspectivas, ver sus especificaciones a la hora de aplicarlo al tratamiento de la ludopatía y las dificultades más importantes a las que el terapeuta se enfrenta, tanto para mantener la abstinencia del jugador como a la hora de darle estrategias ante una recaída.

## Principios filosóficos y teóricos de la RET.

La RET se incluye dentro del paquete de técnicas denominadas "cognitivas". Fue desarrollada en 1955 por Albert Ellis y se la conoce comúnmente como RET (Rational Emotive Therapy).

Su principal premisa es, que la mayoría de los problemas emocionales y conductuales del ser humano se deben a sus cogniciones, es decir, al modo de pensar erróneo e irracional que poseen. Así para Ellis los problemas emocionales o conductuales no proceden o no están causados por situaciones, personas, objetos, etc., que rodean al sujeto, sino que proceden de las evaluaciones que los sujetos hagan de ellas.

Para Ellis, los dos principales valores son, la supervivencia y la felicidad, así será racional todo aquel pensamiento que prometa y conduzca a lo anterior, y todo lo que vaya en contra será, por definición, irracional.

Es importante señalar que, al depender tanto emociones como conductas de las cogniciones, éstas determinarán si el sujeto va a actuar o no, y en qué sentido será esa actuación. Por ejemplo: Ante la obtención de un premio en una máquina tragaperras si el sujeto piensa que ha sido por su habilidad en el manejo de la máquina y que será fácil volver a conseguir el premio, entonces su emoción será de excitación y la conducta tenderá a ser la de seguir introduciendo dinero en la máquina. Según este autor casi todos los

pensamientos irracionales se pueden clasificar en cuatro categorías:

- Aquellos pensamientos que exageran las consecuencias negativas de la situación. Los pensamientos referidos a que algunos hechos son terribles y horrorosos.
- Aquellos que reflejan demandas y obligaciones no reales. Pensamientos del tipo: Las cosas "deben ser...", o "tienen que..." etc.
- Los pensamientos que evalúan el mérito y el valor de la gente por sus actuaciones.
- Las creencias sobre las necesidades que son requeridas para ser feliz o sobrevivir.

La RET lo que pretende a nivel terapéutico, es en primer lugar, hacer al individuo consciente y capaz de identificar sus pensamientos. En segundo lugar, aprender a redirigir por medio del debate, esos pensamientos irracionales fuente de los problemas emocionales y conductuales hacia planteamientos más racionales.

Las características de este pensamiento disfuncional serían: la exageración, la simplificación, la sobregeneralización, el absolutismo, el pensar en términos de todo o nada, etc.

## Principios técnicos de la RET

El esquema conceptual de Ellis es muy simple. Trabaja sobre un esquema A-B-C.

Siendo:

A: Un hecho o experiencia activadora desencadenante.

B: El sistema de creencias, el conjunto de pensamientos irracionales.

C: Las consecuencias emocionales y conductuales.

El primer paso tras identificar B, consiste en hacerle ver al paciente que realmente entre A y C no hay una relación lógica, sino que lo que produce C es B.

Al introducir el esquema de trabajo de la RET, se introduce una D, la cual es el método de disputa usado por el terapeuta para enseñar al paciente a discutir y cambiar sus pensamientos irracionales. No se puede concebir siguiendo a Ellis, que todas las emociones sean inadecuadas u objeto de cambio, sino que algunas son por su intensidad y frecuencia totalmente acordes con el acontecimiento activador. Por ejemplo el sentimiento de pérdida en el momento de la desaparición de un ser querido o la frustración cuando no podemos conseguir nuestros objetivos.

En último lugar, dentro del esquema hay que introducir el apartado E, el cual, refleja las consecuencias emocionales y conductuales producto del cambio en el sistema de pensamiento.

Así se obtiene un modelo A-B-C-D-E, a partir del cual el enfermo va aprendiendo a detectar sus pensamientos irracionales, identificándolos y debatiéndolos, obteniendo unas consecuencias conductuales y emocionales más ajustadas.

Antes de que el enfermo esté capacitado para hacer el debate de sus propias ideas, es necesario que el terapeuta comience practicando el debate y demostrándole al sujeto, siendo bastante directivo, a cambiar sus hábitos. Para ello, usa distintas técnicas: trata de persuadirlo, hace sugerencias, preguntas, explicaciones, la lógica, el humor, etc. Así el paciente aprende a debatirse a sí mismo, es decir, demostrarse a sí mismo la irracionalidad del pensamiento que mantiene sus emociones y sus conductas.

## RET en el tratamiento del juego patológico.

Partiendo de la premisa de que el juego patológico es una conducta adictiva y por definición multicausal y con múltiples mantenedores, ninguna técnica de intervención psicológica se presentará como única ni eficaz en todos los pacientes y situaciones.

En el tratamiento de la dependencia del juego nos podemos apoyar en la RET desde dos perspectivas:

1. Con respecto a la génesis y el mantenimiento de las conductas adictivas. Como una técnica específica para modificar las ideas irracionales o distorsiones cognitivas observadas en la evaluación.
2. Como un instrumento para solventar los problemas cognitivos o resistencias puntuales que surgen como consecuencia de la aplicación del propio proceso terapéutico.

Dado que consideramos que el único objetivo terapéutico razonable para la mayoría de los jugadores patológicos es la abstinencia de juego (sin entrar en la polémica del % de jugadores en los que podría estar indicado el juego controlado). Podemos usar la RET para conseguir los siguientes objetivos:

- Ayudarle a comprender que lo que le pasa es una adicción, que tiene un problema con el juego e intentar motivarle para que intente solucionarlo.
- Enseñarle tanto a manejar la frustración provocada por las ganas de jugar como a percatarse de autoengaños, anticipaciones y distorsiones del pensamiento, etc. que puedan ser objeto de recaídas.
- Proporcionarles estrategias para solucionar sus problemas o frustraciones sin la ayuda del juego.

Es muy común en estos momentos iniciales que el jugador manifieste la queja de tener un problema tan solo con uno o dos juegos específicamente, pero no tener ningún problema con los otros o con el juego en general: - "Mi problema es con el bingo, no tengo ningún problema con la lotería".

- "Yo soy un ludópata de máquinas tragaperras"

Ante estas verbalizaciones nuestra actitud terapéutica es la de enfrentarlo con los criterios diagnósticos de Juego Patológico (normalmente usamos los del DSM-IV) y empezar a debatir esas ideas haciéndole ver que el ludópata tiene un problema con el juego, no con

un juego u otro, sino con la entidad general "juego". Para ello podemos usar estrategias de debate usando la información que nos vaya proporcionando durante la evaluación-tratamiento e incluso establecerle paralelismos con otras adicciones más conocidas socialmente, con las que no tiene tanta implicación emocional, explicándole por ejemplo que un alcohólico no tiene un problema con el whisky sino con el alcohol o que el alcohólico de whisky no es distinto de el alcohólico de cerveza, etc.

Habrá que hacerle ver que al igual que en el alcohol hay bebidas de mayor o menor graduación, en el juego hay tipos de juegos con mayor o menor potencial adictivo. En función de la inmediatez de obtención del premio, de la disponibilidad, de la sensación de control que generen, etc. A pesar de lo cual no implica que no tengan un cierto poder adictivo, sobre todo en una persona que ya tiene antecedentes de dependencia con otra modalidad de juego.

A partir de los datos anteriores recomendamos al sujeto que deje de jugar y se le plantean tanto el objetivo terapéutico como los mecanismos principales para llevarlo a cabo.

En este punto se observan una serie de ideas irracionales:

- "No soy un jugador pues no juego todos los días".
- "Lo puedo dejar cuando quiera".
- "Un ludópata es un vicioso, yo sólo juego para recuperarme".
- "Sólo juego por problemas económicos".
- "Voy a jugar por no discutir con mi mujer".

Así el terapeuta tiene que debatir estas y otras muchas ideas irracionales, haciéndole ver al sujeto el papel que el juego cumple en su vida. Que usa el juego para evadirse de la realidad, como respuesta la estrés o la frustración, etc. Usando para ello la propia historia del sujeto u otros datos de otros pacientes usados como apoyo.

En esta fase inicial de la terapia también se incluye al cónyuge, pareja o apoyo externo. Así como se recomiendan al enfermo cambios en sus hábitos de conducta y ambientales para reducir su acceso al juego y al dinero que pueda dificultar la aparición de la conducta que queremos eliminar (control de dinero, trabas económicas, rutas de gasto, etc.).

Aquí de nuevo el terapeuta necesita usar la RET y el método de debate ante las reticencias a andar con poco dinero o sólo con el dinero necesario, ante la necesidad de justificar sus gastos a la pareja o ante las recomendaciones de cambio en el estilo de vida (ante las cuales el sujeto suele presentar mucha resistencia). Se hace necesario, por tanto, especificar situaciones y conductas de riesgo, así como combatir ideas irracionales del tipo de:

- "Necesito saber que tengo dinero".
- "Es terrible andar con poco dinero".
- "No soy el mismo sin dinero en el bolsillo".
- "Me siento inferior si no dispongo de dinero".
- "Que van a pensar los otros si no puedo invitar".

Superada esta fase inicial de abstinencia el siguiente problema asociado que tendremos que afrontar apoyándonos en la RET, es la aceptación por parte del jugador de una cierta capacidad de frustración ante los impulsos a jugar, la cual, oculta tras pensamientos de autoengaño, recuerdo selectivo de situaciones anteriores, optimismo irracional, supuesta capacidad de control, etc.

Hay que trabajar y desmontar aquí todas las ideas irracionales referidas a la suerte, a la posibilidad de obtener el esperado premio, etc. Hacerles ver que el binomio buena suerte-mala suerte en el que ellos basan su propia autovaloración como personas y que se constituye en el centro de su vida, es falso. Enfrentarlos con la idea de que cuando alguien se enfrenta al azar lo normal es perder y que ello no es indicador de mala suerte, sino de normalidad. Que ellos no son personas con poca fortuna, sino que "quien anda por el borde de un acantilado lo normal es que se caiga".

De nuevo y siguiendo el modelo de la RET, la pretensión es ver que errores o autoengaños está usando el sujeto para poder autojustificar su conducta de juego a partir de unas conductas y unas emociones surgidas de pensamientos irracionales. Estas emociones y conductas se van haciendo injustificables en si mismas, a medida que los pensamientos van siendo más racionales. Suelen aparecer también durante el proceso terapéutico sentimientos de culpabilidad y depresión que pueden llevar al enfermo a jugar. En lugar de aceptar que en el pasado se han cometido errores provocados

por su enfermedad (y de los cuales son actualmente plenamente responsables), lo que hacen es medir su valía personal a partir de estos errores anteriores, lo cual mantiene sentimientos de culpa, a menudo autodestructivos, los cuales son sólo un elemento más favorecedor de la recaída. Por lo tanto, en esta fase es necesario trabajar la distinción entre culpabilidad y responsabilidad, voluntariedad y enfermedad, etc.

Hay también que trabajar dentro de este mismo apartado la autoaceptación y luchar contra las ideas de:

- "Un fracaso hace que sea un fracasado".
- "Me debería haber dado cuenta y cortado antes".
- "Merezco un castigo pues soy un ...".

Es muy importante el trabajar con el jugador todas las atribuciones que hace con respecto a lo que será su proyecto de vida futuro en ausencia del juego.

Aparecen atribuciones como:

- "Nunca más podré volver a apostar".
- "Tendré que hacer cosas distintas que mis amigos".
- "Ser un ludópata es una vergüenza, no podré volver a andar con dinero, etc."
- "Como podré mirar a la cara a la gente o a mis hijos con lo que hice".

Toda la serie de pensamientos citados hasta el momento, así como otros muchos, deben ser comprendidos por el terapeuta para enseñarle al sujeto a identificarlos y reemplazarlos por ideas más racionales.

Hay otro tipo de planteamientos que no tienen tanto que ver con el objetivo de mantenimiento de la abstinencia como con el de aprender a manejar las futuras recaídas en caso de que ésta se produzca. Enseñarles las diferencias entre caída y recaída, así como prever todas las ideas futuras que aparecerán de autculpabilización y desaprobación. Enseñarles a ver que el hecho de cometer un error no tiene porque convertirlos en fracasados y que tras una caída hay ciertas estrategias de manejo cognitivo y conductual que pueden hacer que ésta no se convierta en una recaída.

Se trata en definitiva de ir desmontando, en primer lugar en el contexto terapéutico, para que se vayan autodesmontando en el futuro, todas las ideas irracionales relativas al juego y sus circunstancias. Con el objetivo de que surjan unas emociones y conductas más

adecuadas a las situaciones internas y externas que posibilitarán el mantenimiento de la abstinencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- ELLIS, A, BERNARD, ME. Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Editorial DDB. 1990.
- LUCIEN AUGER. Ayudarse a si mismo. Editorial Sal terrae. 1987.
- MECHENBAUM, D. Manual de inoculación de estrés. Editorial Martínez Roca. 1987.
- ECHEBURUA, E, BÁEZ, E. Enfoques terapéuticos en el tratamiento del juego patológico. Revista Española de terapia del comportamiento, 8.
- ECHEBURUA, E. Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos. Madrid. Fundación universidad-empresa. 1994.
- MONTALVO, J.F. ECHEBURÚA, E. Manual práctico del Juego Patológico.. Psicología. Piramide. 1977.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona. 1994-1995.
- McCORMICK, R. A, RAMIREZ, L. F. Pathological gambling. En J.G Howells (Ed). Modern perspectives in psychosocial pathology. New York. Brunner/Mazel. Inc. 1988.
- BECOÑA, E. La Ludopatía. Madrid. Aguilar.1996.
- GRAÑA, J. L. Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Ed. Debate.1994.