

Ludopatía: Desensibilización de Disparadores y Reprocesamiento del Impulso de Juego. Una Serie de Casos.

Hwallip Bae • Changwoo Han • Daeho Kim

© Springer Science+Business Media New York 2013

Resumen La serie de casos que expondremos a continuación presenta el protocolo DeTUR¹ para la desensibilización de disparadores y reprocesamiento del impulso. Éste se muestra como un tratamiento adyuvante prometedor que podría ser incluido en el abordaje terapéutico integral del juego patológico. Este protocolo EMDR específico para adicciones fue administrado a cuatro varones, que se sometieron a un programa de ingreso hospitalario de 10 semanas de duración para el tratamiento del juego patológico. El terapeuta proporcionó tres sesiones DeTUR semanales de 60 minutos cada una, en las que empleó estimulación bilateral (movimientos oculares horizontales o estimulación táctil alterna) centrándose en la jerarquía de situaciones desencadenantes así como en la necesidad de iniciar las conductas de juego. Finalizado el tratamiento, se concluyó una mejoría en los síntomas asociados a ludopatía, depresión, ansiedad e impulsividad según refirieron los pacientes. Todos los participantes se mostraron satisfechos con la intervención. Se efectuó un seguimiento de 6 meses durante los que se mantuvo la abstinencia y la mejoría sintomática. Dada la eficiencia (brevedad y eficacia) de la intervención, sería preciso realizar un estudio controlado a fin de confirmar los efectos del protocolo DeTUR en el tratamiento del juego patológico.

Palabras clave Juego Patológico · Tratamiento · EMDR · DeTUR · Psicoterapia

H. Bae
Departamento de Psiquiatría, Hospital Myongji, Goyang, Gyeonggi, Corea del Sur
e-mail: hwallip@hanmail.net

C. Han
Departamento del Hopital Keyo, Hospital Keyo, Uiwang, Gyeonggi, Corea del Sur
e-mail: 6peaks@gmail.com

D. Kim (✉)
Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Hanyang, 153 Gyeongchunro, Guri, Gyeonggi 471-701, Corea del Sur
e-mail: dkim9289@hanyang.ac.kr

¹ *Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing.*

Aunque el debate sobre si debemos considerar el juego patológico (JP) un trastorno del control de impulsos o una forma de adicción (Denis et al. 2012) sigue suscitando controversia, la literatura clínica ha recogido de forma sistemática sus efectos devastadores, tanto en el individuo como en la sociedad (Ladouceur et al. 1994). En un meta-análisis de 119 estudios se estimó que la prevalencia-vida del JP en población adulta norteamericana era del 1,6% y del 1,1% para el periodo del último año (Shaffer et al. 1999). Adicionalmente, el juego problemático (una forma subclínica del JP) mostró una prevalencia-vida del 3,9% y una prevalencia-año del 2,8% para el periodo del último ejercicio. Pese a todo lo anterior, se cree que sólo cerca de un 10% de ludópatas buscan tratamiento o acuden a Jugadores Anónimos (Slutske 2006). Estos datos sugieren que es necesario invertir mayores esfuerzos para reforzar la motivación de los pacientes y mejorar la accesibilidad al tratamiento.

Pese a que disponemos de diversos tratamientos psicológicos para el JP, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la entrevista motivacional y la terapia integradora entre otros (Cowlishaw et al. 2012; Pallesen et al. 2005; Toneatto and Ladoceur 2003), la mayoría de las intervenciones no han sido sometidas a una estricta validación empírica (Rizeanu 2012). El único tratamiento para el JP basado en la evidencia es la TCC (Gooding and Tarrier 2009). Otros tratamientos, intervenciones breves, intervenciones de refuerzo motivacional así como el programa de 12 fases de Jugadores Anónimos se han considerado efectivos (Stea and Hodgins 2011). Actualmente, no contamos con ningún tratamiento farmacológico aprobado para los trastornos del juego patológico, sin embargo los antagonistas opioides se han mostrado efectivos en diversos estudios controlados con placebo. Otras investigaciones han asociado el uso de agentes anticonvulsivos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina a resultados favorables (Achab and Khazaal 2011; Leung and Cottler 2009).

Las investigaciones previas en el tratamiento del JP presentan varias limitaciones. Los ensayos clínicos presentan, en su mayoría, una solidez metodológica insuficiente. En una revisión de estudios controlados sobre intervenciones psicoterapéuticas para el JP se halló que más del 75% de los artículos no proporcionaba suficiente información acerca de los participantes y del proceso de asignación a los grupos (Fink et al. 2012). En segundo lugar, no existen instrumentos de medida primarios debidamente diseñados que permitan medir la efectividad terapéutica más allá de los problemas asociados al juego excesivo o de la problemática secundaria (Walker 2005). En tercer lugar, numerosos estudios han fracasado en el intento de proporcionar el análisis por intención de tratar (*intention-to-treat analysis*) y carecen de seguimiento a largo plazo (Walker 1992).

Entre las psicoterapias que se han desarrollado recientemente, la desensibilización y reprocesamiento por el movimiento de los ojos (EMDR) se ha mostrado como un prometedor tratamiento potencial para el abordaje del JP. Se trata de una forma especializada de psicoterapia que en la actualidad ha sido empíricamente probada para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Bisson and Andrew 2007). Su único componente (i.e. el reprocesamiento) viene precedido de una breve exposición inicial a un recuerdo traumático: se pide al paciente que se concentre simultáneamente en un recuerdo traumático y en un estímulo bilateral alterno de tipo visual, auditivo o táctil. A continuación, se suceden una serie de asociaciones espontáneas hasta que el malestar generado por el recuerdo se desvanece. Habitualmente, el estímulo sensorial que se aplica es el movimiento sacádico ocular horizontal. Los pacientes mueven los ojos de lado a lado siguiendo el dedo del terapeuta en tandas de unas 24 repeticiones (Shapiro 2001).

En un estudio controlado no aleatorizado, realizado con una muestra de 22 pacientes ambulatorios diagnosticados de ludopatía, Henry (1996) demostró la superioridad de entre 1 y 4 sesiones de EMDR sobre el grupo de control en lista de espera que recibiría el tratamiento habitual (psicoterapia estándar de orientación cognitiva), en cuanto a la disminución de la frecuencia de los eventos de juego. Sin embargo, conviene interpretar estos resultados con cautela, ya que podrían haber sido alterados por un sesgo de selección atribuible a la ausencia de aleatorización, a los posibles efectos de los tratamientos previos a la intervención con EMDR, así como a medidas de resultados insuficientes (p. ej. limitarse únicamente al número de eventos de juego autoinformados). Es interesante destacar que en el estudio se administró el protocolo EMDR estándar para el trauma a fin de abordar exclusivamente eventos traumáticos o perturbadores y no cuestiones relacionadas con el juego y las apuestas.

A parte del protocolo estándar de EMDR para el tratamiento del TEPT o de condiciones relacionadas con el trauma, Popky (2009) desarrolló una variante del procedimiento aplicable al consumo de sustancias o a las

adicciones de conducta. Existen informes de casos en los que esta técnica ha sido utilizada para tratar la dependencia a químicos (Popky 2005), la adicción al sexo (Barbieri 2008) y el trastorno de adicción a internet (Bae and Kim 2012). A diferencia del protocolo estándar, que se centra en los recuerdos traumáticos y su procesamiento, el protocolo DeTUR desensibiliza y reprocesa los disparadores y el impulso que induce a las conductas adictivas o compulsivas. Al igual que ocurre en la terapia de exposición, terapeuta y paciente establecen una jerarquía de disparadores. Se desensibiliza cada uno de los disparadores hasta que el nivel de impulso (o nivel de necesidad) alcanza un valor de cero. Se comienza por el disparador que genera menor necesidad de ejecutar la conducta y se prosigue en orden ascendente en la jerarquía. El protocolo DeTUR se diferencia de la terapia de exposición en que no se centra reiteradamente en el estímulo, sino que más bien progresa con las asociaciones libres que el paciente realiza espontáneamente. Asimismo, la estimulación bilateral (EB) constituye parte del proceso. A diferencia de otras terapias que se focalizan en las cogniciones y emociones, DeTUR sólo trata con las sensaciones corporales y el LoU² (nivel de impulso o necesidad). De entre los 12 pasos del protocolo DeTUR, los siete primeros se aplican en la sesión inicial antes de iniciar la desensibilización. Estos son: (1) establecimiento del *rapport*, (2) anamnesis y evaluación, (3) identificación de recursos de apoyo, (4) acceso a los recursos internos, (5) identificación de metas positivas de tratamiento, (6) identificación de estados positivos e (7) identificación de disparadores conocidos. Los tres pasos siguientes se repiten para cada disparador: (8) desensibilización de disparadores, (9) instalación de estado positivo y (10) chequeo a futuro. Cada sesión finaliza con (11) cierre y trabajo personal. Paciente y terapeuta acuerdan (12) las sesiones de seguimiento (Popky 2009).

El protocolo DeTUR puede resultar ventajoso para el tratamiento de las adicciones, particularmente en el caso de las adicciones de conducta. En primer lugar, aunque la abstinencia sería lo deseable, el objetivo que persigue DeTUR es el control del impulso. Esto es más congruente con el entorno que encuentran los usuarios habituales de internet, como en el caso de la mayoría de quienes hacen uso cotidiano de los juegos en línea. Algunas investigaciones sugieren que para los jugadores patológicos el juego controlado puede ser un buen sustituto de la abstinencia (Ladouceur et al. 2009). En segundo lugar, en lugar de conducir la atención del paciente hacia las conductas negativas, la dirige hacia metas positivas, atractivas, apetecibles y alcanzables, ya desde etapas tempranas del tratamiento. En el caso de los jugadores patológicos, vergüenza y negación se han apuntado como barreras de peso para el cambio (Evans and Delfabbro 2005). En este sentido, DeTUR puede promover el compromiso con la terapia y reforzar la motivación al cambio del paciente. Adicionalmente, DeTUR utiliza la fuerza del ego y técnicas de capacitación a fin de establecer habilidades para la autorregulación desde el inicio del tratamiento. Un estudio reciente ha resaltado las habilidades de autorregulación como un recurso importante en el tratamiento del JP (Moore et al. 2012). Nuestro objetivo consistió en administrar el protocolo DeTUR como terapia adyuvante al tratamiento habitual a cuatro pacientes diagnosticados de JP en situación de ingreso hospitalario.

Metodología

Participantes y entorno de tratamiento

Los participantes fueron obtenidos del Centro para el Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones del Hospital Psiquiátrico St Andrew, Icheon, Corea del Sur. El programa de hospitalización para jugadores patológicos tiene una duración de 10 semanas y comprende un proceso de intervención grupal que incluye terapia cognitivo-conductual, refuerzo motivacional (RM), charlas, psicodrama, meditación y asistencia a Jugadores Anónimos (JA). Durante las 2 primeras semanas, los pacientes completan un curso de preparación de 8 horas semanales de terapia. A continuación, pueden acogerse voluntariamente al curso siguiente, con una duración de 8 semanas a razón de 20 horas semanales de terapia. Por norma general, el programa se lleva a cabo con un número de entre 5 y 10 usuarios hospitalizados. En febrero de 2012, se admitieron cuatro nuevos pacientes que quedaron a cargo del primer autor. Todos ellos cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el JP y no presentaban condiciones comórbidas como depresión o TEPT. Los pacientes proporcionaron su consentimiento informado para recibir EMDR durante el periodo de hospitalización. Los cuatro pacientes continuaron recibiendo el tratamiento habitual durante y con posterioridad a la intervención con DeTUR.

² Level of Urge.

Caso 1: Varón (47 años). Casado y padre de dos hijas adolescentes. Con anterioridad trabajó como ingeniero para una empresa de la construcción. Años antes, comenzó a apostar en carreras de caballos y las pérdidas económicas aumentaron gradualmente. Comenzó a pedir préstamos a conocidos y entidades financieras para finalmente terminar perdiéndolo todo con las apuestas. Habiendo dedicado la mayor parte de su tiempo y energía al juego, perdió su trabajo y la deuda se hizo inasumible. Se lo confesó todo a su esposa y al no ver salida alguna, decidieron suicidarse juntos. Afortunadamente, el intento no tuvo éxito y buscaron asesoramiento financiero. Aun con ayuda oficial, el paciente se esforzó para gestionar la deuda y decidió buscar tratamiento para solucionar sus problemas con el juego.

Caso 2: Varón (53 años). Regentaba un pequeño negocio. Jugaba desde sus años de juventud pero nunca lo consideró una adicción. Diez años antes, después de ganar por casualidad 10.000 dólares en el casino, se hizo adicto a diversos tipos de juego. Se aficionó a las máquinas tragaperras, a los juegos de cartas como el blackjack o el póquer y las máquinas de videojuegos. Su negocio no prosperaba por motivos varios pero el problema con el juego le impedía reflotarlo de nuevo. A consecuencia de todo ello se divorció y quedó en la ruina. Empezó a ganarse la vida desempeñando trabajos de baja cualificación, pero tan pronto conseguía más de 1.000 dólares, los gastaba en el casino. Finalmente, decidió buscar ayuda profesional en un centro de orientación y el asesor recomendó su derivación al servicio de psiquiatría.

Caso 3: Varón (52 años). Había sido un alto ejecutivo de negocios en una prestigiosa compañía. Diez años atrás empezó a apostar en carreras de caballos y ciclismo. Terminó pasando la mayoría de su tiempo apostando. Como resultado se divorció, fue despedido de su empresa y solicitó un préstamo para costear su adicción. Trató de deshabituarse, pero cada vez que reunía aunque sólo fuera un poco de dinero, no podía resistirse a comprar papeletas. A pesar del apoyo que le proporcionaban sus familiares, se las arregló para zafarse de las consecuencias legales de su adicción al juego y se prestó voluntariamente a ser hospitalizado.

Caso 4: Varón (34 años). Estudió ingeniería y después de graduarse consiguió un empleo en Australia. Semanalmente, después de recibir el sueldo acudía a un club con sus compañeros de trabajo para jugar a las máquinas tragaperras. En algún momento, su conducta de juego llegó a tal exceso que perdió todos sus ingresos y se vio obligado a regresar a Corea. Después de eso, se mantuvo sin jugar durante cerca de un año pero comenzó a acudir al casino cada vez que se sentía estresado en el trabajo o discutía con sus padres. Perdió prácticamente la totalidad de sus ingresos en el juego. En un principio siguió trabajando, pero con el tiempo su afición a pasar las noches en el casino se tradujo en ausentismo laboral y fue despedido. Posteriormente no fue capaz de encontrar un buen empleo. Era tal la desesperación y enfado consigo mismo que llegó a contemplar el suicidio. Acudió a un centro de orientación y se recomendó su ingreso en una unidad de psiquiatría.

Evaluación

Durante el curso del estudio, los pacientes completaron autoinformes en cuatro ocasiones: antes del tratamiento, a medio curso, inmediatamente después de completar el tratamiento y 6 meses después. Además de la sintomatología asociada al juego patológico, también se evaluó la sintomatología depresiva y ansiosa en la medida en que, con frecuencia, acompañan al JP (Lorains et al. 2011). También se evaluó la impulsividad, puesto que el JP a menudo se considera un trastorno de control de impulsos (American Psychiatric Association 1994). Los cuestionarios incluyeron la Escala para la Evaluación de Síntomas de Juego (G-SAS) (Kim et al. 2009), la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) (Patton et al. 1995), la Escala de Autoevaluación para la Depresión (Zung 1965) y la Escala de Autoevaluación para la Ansiedad (Zung 1971). Las versiones traducidas de las mencionadas escalas habían sido validadas previamente (Kim et al. 2005; Lee 1992, 1995, 1996).

Escala para la Evaluación de Síntomas de Juego (The Gambling Symptom Assessment Scale)

Cuestionario de autoinforme compuesto de 12 ítems, cuyo propósito consiste en evaluar la sintomatología del JP. No fue concebido para diagnosticar o descartar la condición, sino para estimar los cambios experimentados después del tratamiento. Explora la necesidad de ejecutar la conducta, los pensamientos, el tiempo, las emociones y las consecuencias negativas asociadas al juego durante los 7 días inmediatamente anteriores. La puntuación para cada ítem oscila entre 0 y 4, y la puntuación total entre 0 y 48. Los autores de la escala

sugieren que la gravedad del síntoma se ha de categorizar como leve (8-20), moderada (21-30), grave (31-40) y muy grave (41-48) (Kim et al. 2009).

Escala de impulsividad de Barrat (The Barratt Impulsiveness Scale)

La escala BIS-11 es un cuestionario de autoinforme de 30 ítems, desarrollado para medir la impulsividad en una escala de 1 (*raramente/nunca*) a 4 (*siempre/casi siempre*). A mayor puntuación, mayor impulsividad. La escala evalúa tres dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada (Patton et al. 1995).

Escala de Autoevaluación para la Depresión (The Self-rating Depression Scale)

Cuestionario de 20 ítems desarrollado para medir los síntomas de la depresión. Consta de 10 preguntas formuladas en negativo y de 10 más formuladas en positivo. La puntuación oscila entre 1 y 4, pudiendo alcanzar la puntuación total entre 20 y 80 puntos. Zung recomienda una puntuación de 40 como punto de corte para descartar la depresión (Zung 1965).

Escala de Autoevaluación para la Ansiedad (The Self-rating Anxiety Scale)

Instrumento de medida de la ansiedad compuesto de 20 ítems (incluye 5 formulados en negativo). Al evaluado se le pide que indique en qué medida la afirmación le sería aplicable durante los últimos días, en una escala tipo Likert de 1 (*nunca o casi nunca*) a 4 (*casi siempre o siempre*). La puntuación total puede oscilar entre 20 y 80 y se sugiere un punto de corte de 36 para descartar trastorno de ansiedad (Zung 1971).

Tratamiento

El tratamiento con el protocolo DeTUR se inició en la 3^a o 4^a semana de hospitalización, después de que los participantes hubieran completado el curso inicial de 2 semanas de duración de tratamiento habitual, que consistía en psicoeducación y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. El primer autor administró semanalmente tres sesiones de 60 minutos. La primera sesión se destinó a la construcción de recursos y al establecimiento de una meta positiva (pasos 1-5). La segunda y tercera sesión consistieron en la identificación y desensibilización de disparadores (pasos 6-12). El proceso se resume en la Tabla 1. Durante el periodo de hospitalización, los pacientes no tomaron fármacos psicotrópicos y todos ellos recibieron el alta tras completar el programa de 10 semanas.

Caso 4 (resumen)

Los tres primeros pasos (establecimiento de *rapport*, anamnesis e identificación de recursos de apoyo) constituyeron elementos rutinarios en el proceso de ingreso; así pues, la sesión 1 se iniciaba con el paso 4 (acceso a los recursos internos). El paciente no logró recuperar ningún momento en su vida en el que se hubiera sentido con recursos o con sensación de control, pero consiguió traer a la mente la imagen de un rinoceronte pastando en un prado. Comentó que quería parecerse al animal porque se sostiene por sí mismo y se mantiene erguido. El refuerzo de la imagen con EB le proporcionó una sensación de autorregulación y control. A continuación, se seleccionó una meta positiva: vivir en una casa junto a la playa y pescar tranquilamente. Dicha imagen junto con los elementos sensoriales que la acompañaban (i. e. el sonido de las olas, el olor a mar y la sensación de calma y relajación) se reforzaron con EB. Después de esta fase, el paciente identificó cuatro disparadores de la necesidad de jugar: (D1) un día de cobro con dinero, tiempo libre, sensación de soledad y aburrimiento (nivel de necesidad, LoU 2-3); (D2) participar en un juego competitivo (p. ej. Billar) (LoU 3-4); (D3) discutirse con su madre por teléfono (LoU 5-6); (D4) cuando un compañero de trabajo y especialmente su jefe dice “vamos” (LoU 8-9).

Se dedicó la sesión 2 al abordaje del primer disparador (D1) con un LoU de 2-3 y de las sensaciones corporales que lo acompañaban. Tras cinco tandas de EB, el LoU descendió a 0. El paciente dijo: “noto una sensación de arrepentimiento. Odio sentirme tan mal después de perder todo el dinero”. Durante la fase de instalación asoció el disparador con “sentirse bien consigo mismo”; y durante el chequeo a futuro comentó que no reaccionaría al

disparador y que haría algo diferente. Afirmó que participar en un juego competitivo (D2) ya no era válido y el proceso terapéutico se encaminó hacia el tercer disparador (D3), con un LoU de 5-6.

Paciente: - “Me siento tan estresado”.

Terapeuta: - “Siga con eso”.

Paciente: - “Me revienta. Siento como si tuviera que estar haciendo algo. Cuando tengo esta sensación y veo que no hay nada para hacer, normalmente pienso en jugar”.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“Puede que mis pensamientos sobre jugar desaparezcan. Si no tengo la necesidad de estar haciendo algo, no jugaré”.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“Noto como si me sintiera menos presionado para estar haciendo algo. Hay menos presión”.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“Creo que siento menos emoción hacia mi madre. Siento como que hay más distanciamiento”.

Terapeuta: -“¿Cuál es su LoU ahora?”.

Paciente: -“Puede que 2. Quiero encontrar algo más. Esto impedirá que juegue”.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“Ahora siento calma. La necesidad es 0-1. Ahora no estoy pensando en ello”.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“La presión de que debería estar haciendo algo se ha ido. Normalmente me libero del estrés pero mi madre era la única excepción. Creo que puedo sentirme más relajado hacia ella. ¿Por qué me estresaba tanto mi madre?

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“Me siento bien. Creo que me he liberado de mi madre”.

La semana siguiente, la sesión 3 se centró en el disparador final (D4). Los amigos del paciente sabían de su problema, por consiguiente, no le habrían animado a salir a jugar. Pero si su jefe le hubiera dicho “vamos”, hubiera resultado muy difícil negarse. Entonces el paciente racionalizaría la situación y asociaría su necesidad de jugar con una gratificación. El LoU correspondiente era de 6-7 y físicamente sentía esa necesidad en la cabeza.

Paciente: -“Estoy dudando. Ir o no ir”.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“Las consecuencias negativas del juego. Emergen malos resultados. Empiezo a pensar que aunque lo racionalice, saldré perjudicado a largo plazo”.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“El impulso está bajando. ¿Por qué preocuparse? El resultado será el mismo a fin de cuentas.

Terapeuta: -“Siga con eso”.

Paciente: -“Siento calma como de costumbre”.

Terapeuta: -“¿Cuál es su LoU ahora?”.

Paciente: -“Ninguno. No lo racionalizaría sino que lo rechazaría. No soy el tipo de persona que no puede decir no. El problema para mí es el impulso”.

En una sesión posterior, el impulso o necesidad de ejecutar la conducta se mantuvo en un valor de cero al imaginarse a sí mismo confrontando el disparador en el futuro. El paciente fue capaz de conectar con el estado positivo instalado. Una semana más tarde, el paciente informó de que se sentía tranquilo después de serle aplicado DeTUR y de que no sentía necesidad alguna de jugar.

Resultados

En la tabla 1 se resumen los cambios en los síntomas de la ludopatía, la impulsividad, la depresión y la ansiedad experimentados por los pacientes antes y después del tratamiento. El descenso más significativo se observó en la sintomatología del juego (70-100%), seguido de la ansiedad (26-43%), depresión (5-49%) e impulsividad (2-33%). La figura 1 muestra los cambios secuenciales de los síntomas asociados a la ludopatía en cuatro momentos: antes de tratamiento, durante el tratamiento, después de la intervención y 6 meses después (seguimiento). En tres de los participantes, se observó un descenso pronunciado tras recibir la primera sesión.

Seguimiento

Seis meses después de completar el tratamiento con DeTUR, se solicitó a los pacientes que completasen la Escala para la Evaluación de Síntomas de Juego con el terapeuta. Uno de los pacientes (Caso 1) se sometió a dicha evaluación durante una visita ambulatoria y el resto lo hicieron telefónicamente. Los cuatro participantes habían permanecido abstinentes de su adicción al juego y su necesidad de juego era mínima o nula, lo que sugiere que el efecto terapéutico se mantuvo.

La situación financiera del primer paciente (Caso 1) no había mejorado pero tampoco había jugado. Afirmó haber asistido a JA al menos dos veces por semana y estuvo trabajando como conductor a media jornada. Tras el alta, el Caso 2 emprendió un nuevo negocio. Estuvo muy ocupado viajando a China con frecuencia, lo que le impidió acudir a la visita hospitalaria. Refirió no haber jugado desde entonces. El Caso 3 informó que se había abstenido de jugar y que había acudido a JA con regularidad. Explicó que, debido a su nuevo trabajo, no había podido sacar tiempo para presentarse en el hospital durante el día. El Caso 4 consiguió un empleo en el extranjero y no participó en ninguna actividad de juego. Agradeció al terapeuta el tratamiento con DeTUR y comentó que regresaría un año después para ser evaluado, una vez finalizase su contrato. Los Casos 2 y 4 no recibieron tratamiento alguno tras el alta.

Discusión

El presente estudio ha investigado el DeTUR, un protocolo EMDR específico para adicciones, en cuatro pacientes diagnosticados de JP. En lo que a la duración del tratamiento se refiere, investigaciones previas determinaron que la TCC precisaba de una media de 14,5 sesiones (16,9 horas) aplicada a jugadores patológicos (Gooding and Tarrier 2009). La duración de otras psicoterapias, tales como la terapia ecléctica y la exposición en imaginación se han mostrado similares o más extensas en el tiempo que la TCC (Pallesen et al. 2005). En el presente estudio, la duración media del tratamiento fue de tres sesiones (3 horas), lo que sería equiparable a las dos sesiones (1,5 horas) del protocolo EMDR estándar administrado a jugadores patológicos (Henry 1996) y las tres sesiones (2,3 horas) del DeTUR para el tratamiento de trastorno de adicción a internet (Bae and Kim 2012).

En términos de eficacia, el EMDR se muestra significativamente más rápido que la TCC (Nijdam et al. 2012) y que la exposición prolongada (Ironson et al. 2002) a la hora de suscitar una respuesta en el tratamiento del TEPT, pero el motivo de que esto ocurra sigue siendo poco claro a día de hoy. Algunos autores creen que las terapias como EMDR o la psicoterapia corporal, en las que se accede a elementos sensoriomotrices del bulbo raquídeo (i.e. procesamiento ascendente) influyen en una respuesta al tratamiento más rápida en comparación con las terapias cognitivas, de naturaleza descendente (Ogden et al. 2006). En el DeTUR, la necesidad se expresa en términos de sensaciones corporales y el paciente parte de ese punto para iniciar el proceso de asociación libre. Previamente, se ha demostrado que una reducción en la activación fisiológica correlaciona estrechamente con una disminución de los síntomas del juego (Freidenberg et al. 2002). Es posible que el acceso y procesamiento de las sensaciones corporales (i.e. activación fisiológica) en el DeTUR intervengan en la rápida mejoría. Existe similitud entre el DeTUR y la exposición a estímulos en imaginación, en la medida en que en ambos tratamientos se establece una jerarquía de disparadores y se expone al paciente a cada uno de ellos. Sin embargo, la diferencia radica en que la exposición al estímulo con el DeTUR es breve y se induce la asociación espontánea con la ayuda de la EB, por ejemplo mediante movimientos oculares horizontales o estimulación táctil alterna (Rogers and Silver 2002).

Dos de los participantes del estudio informaron de un descenso pronunciado en los síntomas de juego después de la primera sesión, antes de llevar a cabo la desensibilización de disparadores (Fig. 1). Tal como se ha expuesto anteriormente, en la primera sesión el terapeuta trata de construir y potenciar los recursos psicológicos que capacitarán al paciente y lo motivarán al cambio. La capacitación y el fortalecimiento de la motivación han sido identificados como aspectos relevantes en el tratamiento de la adicción (Rubak et al. 2005). En una investigación se mostró que vergüenza y negación constituyan los obstáculos de más peso para lograr el cambio en jugadores problemáticos (Evans and Delfabbro 2005). Por este motivo, se cree que la naturaleza menos confrontativa del enfoque DeTUR y el hecho de que no se enjuicie al paciente

Tabla 1 Resumen del protocolo *DeTUR* aplicado a cuatro casos de juego patológico

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo/edad	V/47	V/53	V/52	V/3
Principal actividad de juego	Máquinas tragaperras	Carreras de caballos	Carreras de caballos o ciclismo	Máquinas tragaperras
Recursos internos	Familia	Trabajo como alto cargo	Madre	Rinoceronte
Metas positivas	Trabajar como directivo en una empresa de construcción	Regentar un restaurante	Viajar con sus dos hijas	Tener su propia casa en un lugar costero tranquilo
Disparadores principales (LoU)	1. Soledad durante el fin de semana (5) 2. Dinero inesperado (8) 3. Necesidad de dinero (10)	1. Aburrimiento (3) 2. Discusiones con la familia (7) 3. Dinero inesperado (8)	1. Aburrimiento el fin de semana (4) 2. Noticias sobre las carreras (6) 3. Tener dinero extra (8) 4. Necesar dinero (10)	1. Ser día de cobro (2-3) 2. Discusión con la madre (5-6) 3. Invitación del jefe (8-9)
Puntuaciones totales antes y después del tratamiento				
Síntomas de juego ^a	47 vs 0	34 vs 0	10 vs 3	26 vs 2
Impulsividad ^b	48 vs 44	52 vs 44	49 vs 33	42 vs 41
Depresión ^c	61 vs 31	41 vs 39	38 vs 34	39 vs 26
Ansiedad ^d	40 vs 23	42 vs 29	30 vs 22	27 vs 20

DeTUR Desensibilización de Disparadores y Reducción del Impulso

^a Escala para la Evaluación de Síntomas de Juego

^b Escala de Impulsividad de Barrat

^c Escala de Autoevaluación para la Depresión

^d Escala de Autoevaluación para la Ansiedad

constituirían algunos de sus principales beneficios (Bae and Kim 2012).

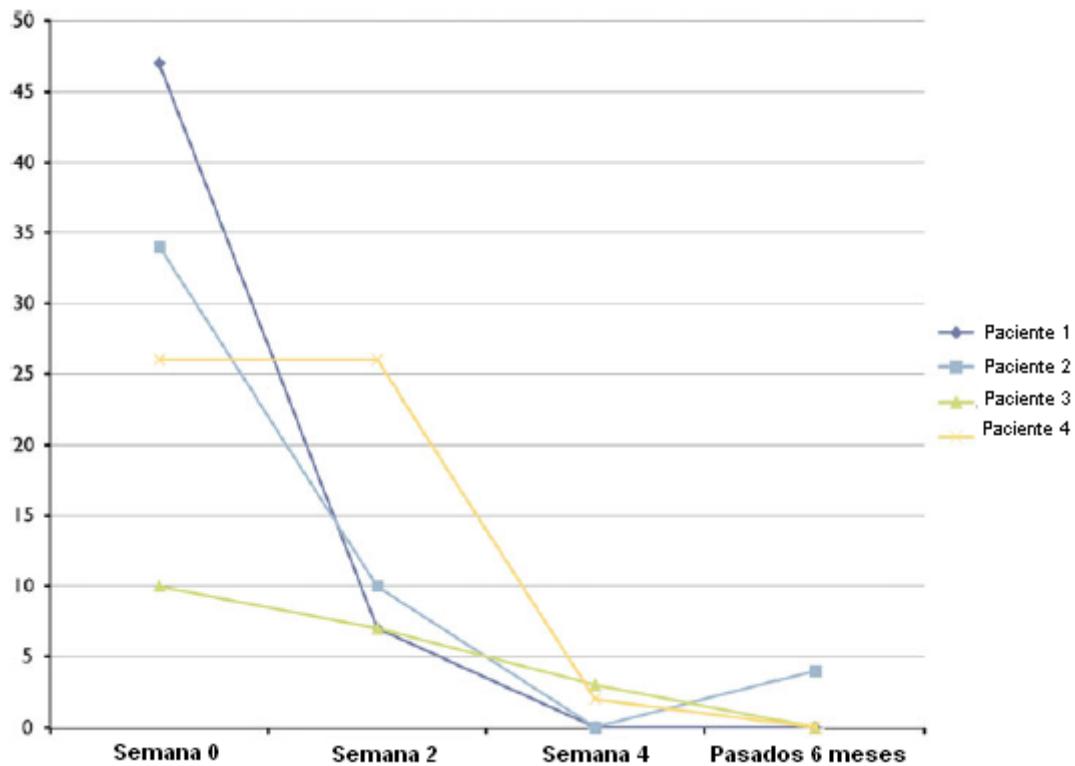


Fig. 1 Puntuación de los pacientes en la Escala para la Evaluación de Síntomas de Juego durante el tratamiento con DeTUR. Semana 0 (antes del tratamiento), semana 2 (mitad del tratamiento, semana 4 (inmediatamente después del tratamiento).

Pese a que la abstinencia no es una condición o meta necesaria en el tratamiento con DeTUR, los cuatro participantes se abstuvieron espontáneamente de la conducta de juego y no recayeron en la adicción durante al menos los 6 meses posteriores al tratamiento. Además, la totalidad de los pacientes identificaron disparadores comunes o similares, tales como el aburrimiento, la necesidad de dinero, la obtención de ingresos inesperados y las discusiones familiares. Estos y otros factores similares que inducen al juego fueron identificados en estudios anteriores (Blaszczynski et al. 1990; Holub et al. 2005).

En comparación con el marcado descenso en los síntomas de juego, la sintomatología de ansiedad y la de depresión se redujeron tan sólo moderadamente. Esto podría deberse a que los niveles iniciales eran entre leves y moderados, luego, en la medida en que la puntuación total mínima en las escalas respectivas tenía un valor de 20, el cambio observado parecía menos prominente al expresarse en términos porcentuales. Los síntomas asociados a la impulsividad fueron los que cambiaron en menor medida, lo que podría deberse al hecho de que el instrumento original mide la impulsividad como un rasgo, mientras que el DeTUR se centra en el estado de necesidad de ejecutar la conducta que se despierta con disparadores específicos.

A día de hoy, no está claro si los pacientes afectados de JP se benefician en mayor medida del protocolo EMDR estándar para el trauma o del protocolo específico DeTUR. Se cree que un porcentaje significativo de ludópatas han podido experimentar eventos traumáticos y TEPT. En un estudio con jugadores patológicos que han buscado tratamiento, cerca de un tercio fueron diagnosticados de TEPT, lo que a su vez estaba asociado a la gravedad de la conducta de juego (Ledgerwood and Petry 2006). No obstante, tal como declara Henry (1996), el protocolo para trauma únicamente resultó útil para reducir la frecuencia de juego en pacientes con antecedentes traumáticos. Así, mientras el protocolo estándar de EMDR puede funcionar para ludópatas con TEPT comórbido, no parece hacerlo en aquellos que no lo presentan. Conviene recalcar que Popky (2005), en el estudio controlado que realizó con una muestra pequeña, recomendaba utilizar en primer lugar el protocolo

estándar, seguido del protocolo DeTUR en pacientes con historia de adicción y trauma, puesto que dicha combinación permitía lograr mejores resultados que de hacerlo por separado.

En virtud de su diseño (serie de casos sin grupo de control, con fuentes de información colaterales y basado en resultados autoinformados), el estudio cuenta con una capacidad de generalización limitada. Además, acceder a la sintomatología ludopática inmediatamente después del tratamiento podría ser complicado, puesto que los pacientes se encontraban hospitalizados y apartados de los estímulos que los inducían al juego. Otra de las limitaciones podría ser que la totalidad de los pacientes que participaron en el estudio estaban motivados para buscar tratamiento y no presentaban patología psiquiátrica comórbida. Finalmente, un intervalo de seguimiento de 6 meses podría no ser suficiente para controlar a los pacientes en caso de posible recaída.

Pese a sus limitaciones, DeTUR parece ser una prometedora opción terapéutica para pacientes ludópatas. Se logró un efecto positivo en un reducido periodo de tiempo, sin necesidad de invertir tiempo adicional para las tareas entre sesiones y empleando una aproximación menos confrontativa y más motivacional. Aunque se deban tomar en consideración los efectos potenciales de otras terapias, la mejoría reflejada mediante autoinformes así como la impresión clínica posterior a la intervención con DeTUR sugieren que este protocolo específico presenta, cuanto menos, un valor añadido en el tratamiento del JP. Dicho esto, numerosos pacientes con un perfil similar se someten a nuestro programa de hospitalización y a menudo abandonan el hospital sin experimentar mejoría.

Esta serie de casos pretende introducir el protocolo DeTUR como una posible psicoterapia a corto plazo para el JP, que puede ser incorporada al paquete de tratamiento rutinario que incluye TCC, RM y asistencia a JA. La brevedad en la duración del tratamiento y su naturaleza menos confrontativa sugieren que DeTUR se puede administrar a la población general de jugadores patológicos, incluso a aquellos que se encuentran en fase de negación o que carecen de motivación para llevar a cabo un tratamiento para el JP. En un futuro, es preciso llevar a cabo ensayos clínicos controlados y aleatorizados con una muestra mayor de jugadores patológicos, a fin de determinar la eficacia de la técnica frente al tratamiento habitual o frente a otros tratamientos probados como la TCC.

Referencias

- Achab, S., & Khazaal, Y. (2011). Psychopharmacological treatment in pathological gambling: A critical review. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14), 1389–1395.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Bae, H., & Kim, D. (2012). Desensitization of triggers and urge reprocessing for an adolescent with internet addiction disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 73–81. doi:[10.1891/1933-3196.6.2.73](https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.2.73).
- Barbieri, J. L. (2008). The URGES approach: Urge reduction by growing ego strength (URGES) for trauma/addiction treatment using alternative bilateral stimulation, hypnotherapy, ego state therapy and energy psychology. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(2), 116–138.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systemic Reviews*, (3), CD003388, doi:[10.1002/14651858.CD003388.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3).
- Blaszczynski, A., McConaghay, N., & Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*, 67(1), 35–42.
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Systemic Reviews* 11, CD008937, doi:[10.1002/14651858.CD008937.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2).
- Denis, C., Fatseas, M., & Auriacombe, M. (2012). Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorders: 3. An assessment of pathological gambling criteria. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1–2), 22–27. doi:[10.1016/j.drugalcdep.2011.09.006](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.006).
- Evans, L., & Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(2), 133–155. doi:[10.1007/s10899-005-3029-4](https://doi.org/10.1007/s10899-005-3029-4).

Fink, A., Parhami, I., Rosenthal, R. J., Campos, M. D., Siani, A., & Fong, T. W. (2012). How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling-related disorders? A systematic literature review. *Addiction*, 107(11), 1915–1928. doi:[10.1111/j.1360-0443.2012.03911.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03911.x).

Freidenberg, B. M., Blanchard, E. B., Wulfert, E., & Malta, L. S. (2002). Changes in physiological arousal to gambling cues among participants in motivationally enhanced cognitive-behavior therapy for pathological gambling: A preliminary study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(4), 251–260.

Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 592–607. doi:[10.1016/j.brat.2009.04.002](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002).

Henry, S. (1996). Pathological gambling: Etiologic consideration and treatment efficacy of eye movement desensitization/reprocessing. *Journal of Gambling Studies*, 12(4), 395–405.

Holub, A., Hodgins, D. C., & Peden, N. E. (2005). Development of the temptations for gambling questionnaire: A measure of temptation in recently quit gamblers. *Addiction Research & Theory*, 13(2), 179–191. doi:[10.1080/16066350412331314902](https://doi.org/10.1080/16066350412331314902).

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113–128.

Kim, S. W., Grant, J. E., Potenza, M. N., Blanco, C., & Hollander, E. (2009). The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): A reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 166(1), 76–84. doi:[10.1016/j.psychres.2007.11.008](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.11.008).

Kim, H. J., Kim, J.-H., Shin, Y. C., Shin, H. C., Grant, J. E., & Lee, T. K. (2005). The reliability and validity of the Korean version of the Gambling Symptom Assessment Scale (KG-SAS). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 44(6), 683–689.

Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., Pepin, M., Loranger, M., & Sylvain, C. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 399–409.

Ladouceur, R., Lachance, S., & Fournier, P. M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 189–197. doi:[10.1016/j.brat.2008.11.004](https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.11.004).

Ledgerwood, D. M., & Petry, N. M. (2006). Posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 411–416. doi:[10.1002/jts.20123](https://doi.org/10.1002/jts.20123).

Lee, H. S. (1992). Impulsiveness Scale. Seoul: Guidance Korea.

Lee, J. H. (1995). Development of the Korean form of Zung's Self-Rating Depression Scale. *Yeungnam University Medical Journal*, 12, 292–305.

Lee, J. H. (1996). Development of the Korean form of Zung's Self-Rating Anxiety Scale. *Yeungnam University Medical Journal*, 13, 279–294.

Leung, K. S., & Cottler, L. B. (2009). Treatment of pathological gambling. *Current Opinions in Psychiatry*, 22(1), 69–74. doi:[10.1097/YCO.0b013e32831575d9](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32831575d9).

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498. doi:[10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x).

Moore, S. M., Thomas, A. C., Kyrios, M., & Bates, G. (2012). The self-regulation of gambling. *Journal of Gambling Studies*, 28(3), 405–420. doi:[10.1007/s10899-011-9265-x](https://doi.org/10.1007/s10899-011-9265-x).

Nijdam, M. J., Gersons, B. P., Reitsma, J. B., de Jongh, A., & Olff, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200(3), 224–231. doi:[10.1192/bjp.bp.111.099234](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.099234).

Ogden, P., Pain, C., Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics in North America*, 29(1), 263–279, xi–xii, doi:[10.1016/j.psc.2005.10.012](https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012).

Palleesen, S., Mitsem, M., Kvæle, G., Johnsen, B. H., & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100(10), 1412–1422. doi:[10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x).

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.

Popky, A. J. (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behavior. In R.

Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathway to healing* (pp. 167–188). New York: W.W. Norton and Company.

Popky, A. J. (2009). The desensitization of triggers and urge reprocessing (DeTUR) protocol. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing scripted protocols: Special population* (pp. 489–511). New York: Springer.

- Rizeanu, S. (2012). The specificity of pathological gambling. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 33, 1082–1086. doi:[10.1016/j.sbspro.2012.01.289](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.289).
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 43–59.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N., & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1369–1376.
- Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297–302. doi:[10.1176/appi.ajp.163.2.297](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.297).
- Stea, J. N., & Hodgins, D. C. (2011). A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(2), 67–80.
- Toneatto, T., & Ladoceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284–292. doi:[10.1037/0893-164X.17.4.284](https://doi.org/10.1037/0893-164X.17.4.284).
- Walker, M. B. (1992). The psychology of gambling. Oxford: Pergamon.
- Walker, M. B. (2005). Problems in measuring the effectiveness of cognitive therapy for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 79–92. doi:[10.1007/s10899-004-1927-5](https://doi.org/10.1007/s10899-004-1927-5).
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70.
- Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371–379. doi:[10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0).