

Caso clínico:

Ludopatía y depresión: Análisis de caso

Mauricio González*

Resumen

El presente artículo reporta un caso de una mujer de 48 años con Ludopatía y depresión. Se usaron como instrumentos de evaluación la Entrevista estructurada de la Historia de Juego y el Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS-versión española). La intervención consistió en la implementación de la terapia cognitivo conductual a través de la identificación y modificación de distorsiones cognitivas con el fin de que vaya aprendiendo a detectar sus pensamientos irracionales, identificándolos, debatiéndolos, interrumpiendo la conexión entre el sistema de creencias y las consecuencias emocionales para obtener otras más ajustadas. Se le hace ver que estas la han llevado a confundir el azar con la habilidad en el juego, a la creencia errónea que tiene una habilidad especial llamada suerte, y que otros no poseen, la cual le ha permitido desafiar las reglas del azar y llegar a su situación actual. En este sentido se trabaja fuertemente en explicarle cómo surge la percepción de ilusión de control y que las distorsiones cognitivas tienen un peso trascendental en el mantenimiento de su conducta como jugadora. Esta intervención muestra ser efectiva para el tratamiento de la ludopatía en este caso. Se enfatiza además la importancia del abordaje integrativo, del establecimiento de un diagnóstico acertado y la implementación de un tratamiento multidisciplinario donde la Trabajadora social es un eje principal del mismo.

Palabras clave: Ludopatía, depresión, patología dual, tratamiento multidisciplinario.

Abstract

This article reports a case of a 48-year-old woman with Ludopathy and depression. The Structured Interview of the Game History and the South Oaks Pathological Game Questionnaire (SOGS-Spanish version) were used as evaluation instruments. The intervention consisted of the implementation of cognitive behavioral therapy through the identification and modification of cognitive distortions in order to learn to detect their irrational thoughts, identifying them, debating them, interrupting the connection between the belief system and the emotional consequences to obtain more adjusted ones. She is made to

see that these have led her to confuse chance with skill in the game, to the mistaken belief that she has a special ability called luck, and that others do not possess, which has allowed her to defy the rules of chance and reach her current situation. In this sense we work hard to explain how the perception of illusion of control arises and that cognitive distortions have a transcendental weight in the maintenance of their behavior as a player. This intervention shows to be effective for the treatment of ludopathy in this case. It also emphasizes the importance of the integrative approach, the establishment of a successful diagnosis and the implementation of a multidisciplinary treatment where the social assistant is a main axis of it.

Keywords: Pathology, depression, dual pathology, multidisciplinary treatment.

Introducción

En años recientes, la ludopatía en Chile se ha convertido en un problema de relevancia social, con una clara repercusión clínica en la población femenina mayor de 30 años pertenecientes a los sectores socioeconómicos más vulnerables. En el primer estudio en esta materia que lleva por nombre "Conductas de juego y juego patológico", realizado en el 2015 por la U. de Santiago y la Corporación de Juego Responsable¹, en la Región Metropolitana, refiere que al analizar el grupo de jugadores patológicos es posible observar que, entre ellos, el 79,7% son mujeres. A su vez, el 35,2% de este tipo de jugadores se encuentra en el estrato etario que oscila entre 31 a 40 años. Mientras que, por nivel socioeconómico, la mitad de los jugadores patológicos (49,3%) se encuentra en el estrato D. El juego patológico o ludopatía se trata de una enfermedad crónica y progresiva consistente en la falta de control en los impulsos y un deseo irreprímible de participar en juegos de apuesta. Muchos estudios han encontrado una alta comorbilidad entre la ludopatía y trastornos afectivos debido a la alta prevalencia de cuadros ansiosos y depresivos en mujeres.

En Chile, la Depresión Mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años. Si se agregan los

* Mag. Mauricio González Sepúlveda. Departamento de Ciencias Sociales Universidad de los Lagos-Escuela de psicología, sede Puerto Montt/Chile. E-mail: mauricio.gonzalez@ulagos.cl

1. Porcentaje de adictos al juego en Chile supera a los consumidores de cocaína o pasta base según estudio realizado por FAE - U. de Santiago (29 de octubre 2019). Recuperado de https://fae.usach.cl/fae/index.php?option=com_content&view=article&id=3352:2015-10-23-19-25-11&catid=13:noticias-fae

episodios de depresión leve y la distimia, la prevalencia alcanza el 10.7% entre las mujeres y el 4.9% en hombres. Es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA) en mujeres². Se ha argumentado que, con el fin de entender el juego patológico, es esencial entender la tendencia de los jugadores patológicos para experimentar estados afectivos negativos como la depresión³. O'Brien en su revisión de la literatura concluye que la depresión puede ser una causa y, a su vez, una consecuencia del juego patológico⁴.

Caracterización del paciente

Paciente mujer de 48 años, casada, tres hijos (23,18 y 14 años), dueña de casa, derivada a Equipo de conductas adictivas del Hospital de xxxxxxxxxx por parte Médico General de CESFAM correspondiente a su domicilio, para evaluación estabilización afectiva y seguimiento en programa terapéutico, con la observación diagnóstica de Depresión Mayor y Ludopatía

Elementos biográficos

Es la Primera de cuatro hermanos, casada desde hace 25 años, tres hijos, la mayor 23 años, la cual estudia en quinto año de Psicología en la Universidad xxxxxxxxxx, la segunda 18 años, la cual estudia en Cuarto año de Enseñanza Media y el tercero, su hijo varón de 14 años, se encuentra estudiando en Octavo año de EGB. Describe una fuerte inestabilidad anímica, producto de que fue despedida de su trabajo al ser sorprendida haciendo uso del dinero que por su obligación como secretaria debía depositar cada fin de semana, por lo cual fue acusada por robo, con una causa actual por este hecho en la fiscalía local de Puerto Montt. Ante esta situación es clara y enfática en recalcar que el dinero no fue robado, sino que ya fue devuelto, y que era habitual que hiciera uso de este dinero porque lo ocupaba los fines de semana para jugar en el Casino de xxxxxxxxxx y lo depositaba los días Lunes en la mañana y no los días viernes a las 13:30 como correspondía, verbalizando en este sentido, "(...) lo que paso ahora es que me lo gaste, (...) lo perdí todo y quise recuperarlo el fin de semana siguiente y lo volví a perder y esto se repitió y la suma creció a tres millones y medio de pesos que no podía recuperar y por eso me desespero porque al enterarse en mi trabajo me dijeron que me iban a meter presa, (...) y tuve que contarle a mi marido y a mi familia (...) les tuve que contar de mi enfermedad, de que era Ludópata y que era un problema desde hace mucho tiempo (...) fueron ellos los que con mi ma-

rido me juntaron el dinero, mi papa, mi hermano, me juntaron todo este dinero, y con mi marido hicimos el compromiso de que lo tenemos que pagar (...)"

Responsabiliza a su esposo por su problema con el juego, ya que verbaliza que este no se hace cargo de los gastos de su hogar y los de su hija Universitaria, dejando en ella dicha responsabilidad y ante la gran cantidad de gasto, hubiese optado por el juego como una forma de incrementar sus ingresos.

Antecedentes psiquiátricos y psicológicos

Se solicita en noviembre del año 2018 desde CESFAM correspondiente a su domicilio la evaluación por parte de Equipo de conductas adictivas con la observación diagnóstica de Ludopatía y depresión Mayor.

En la primera entrevista con psicólogo, se observa consciente; orientada auto y alopsíquicamente; adecuada atención y concentración; contacto sintónico; aspecto descuidado (no coherente con el cargo de secretaria que refiere haber desempeñado, destacando un grave daño en su dentadura, que es evidente a simple vista); colaboradora; lenguaje coherente; no se observa sintomatología depresiva ni psicótica, ni alteraciones de la sensorialidad; sin ideación auto hetero agresiva ni autolítica; Tampoco desórdenes conductuales; no se aprecia deterioro cognitivo; Juicio de realidad conservado; Conciencia de enfermedad (Ludopatía), hace referencia a la cesación del juego desde hace un mes (Abstinencia), con episodios intermitentes de juegos *online*.

Pruebas complementarias:

- Entrevista estructurada de la historia de juego.
- Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS-Ver-sion Española): 8 puntos

Diagnostico

Eje I: Ludopatía, Depresión mayor reactiva a conflictos actuales

Eje II: A determinar

Eje III: Sin Información

Eje IV: Disfunción Familiar

Eje V: 50 EEAG

2. Minsal. Atención de personas con depresión en el AUGÉ (29 de octubre 2019). Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f010680.pdf>
3. Thomsen K, Callesen M, Linnet J, Kringlebach M, Moller A. Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural Pharmacology*. 2009; 20: 527–536
4. O'Brien C. Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review*. 2011; 26

Diagnostico motivacional: Contemplación

Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM5 (American Psychiatric Association, 2013)⁵.

El paciente muestra una conducta de juego persistente y desadaptativa, tal como se refleja en la presencia de 4 o más de los siguientes síntomas:

1. Preocupación por el juego.
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracasos repetidos en los esfuerzos para controlar el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
5. Utilización del juego como vía de escape de los problemas o de alivio del malestar emocional.
6. Intentos repetidos de recuperar el dinero perdido.
7. Mentiras a la familia y a los terapeutas sobre la implicación en el juego.
8. Puesta en peligro o pérdida de relaciones personales significativas, de trabajo o de oportunidades educativas debido al juego.
9. Apoyo económico reiterado por parte de la familia y de los amigos.

Criterios diagnósticos de depresión mayor unipolar en el DSM5 (American Psychiatric Association, 2013)⁵.

Historia de uno o más episodios depresivos mayores, sin episodios de manía o hipomanía.

Un episodio depresivo mayor se define por:

A. \geq 5 de los siguientes síntomas han estado presentes por dos semanas, al menos uno de ellos debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, reportado por el paciente o por otros cercanos.
 2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.
 3. Pérdida significativa de peso sin hacer régimen o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retardo psicomotor casi cada día.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 8. Disminución en la capacidad de concentrarse casi cada día.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico o intento de suicidio o plan para suicidio.
- B.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral u otras importantes para el funcionamiento.
- C.** El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica.
- D.** La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno de tipo esquizofrénico no especificado.
- E.** No ha tenido episodios de manía o hipomanía.

Especificar: con ansiedad; con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con rasgos psicóticos, con catatonía, con inicio periparto, con patrón estacional y también el nivel de severidad.

Tratamiento y evolución

Durante su ingreso a tratamiento con el suscrito se trabaja en torno a establecer una relación terapéutica cooperativa con énfasis en comprobar si cumple con los criterios diagnósticos de ludopatía⁵, realizando un análisis descriptivo y funcional de la conducta de juego, estado afectivo, arousal, impulsividad, locus de control y acontecimientos vitales estresantes. Se evalúa además si la sintomatología depresiva que está presente es reactiva a los problemas creados por el juego o por el contrario constituye un trastorno independiente que requiera una intervención específica. Se evalúa y potencia su motivación de cambio y se entrega psicoeducación.

Se aplica el Cuestionario de juego patológico de South Oaks y la Entrevista estructurada de la historia de juego, (basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV de juego patológico), en la cual se recogen datos sobre hábitos de Juego de los padres, el inicio y el agravamiento de la conducta de juego en la referida, incluyendo altibajos y periodos de abstinencia y sobre otros aspectos (familia, trabajo, ocio, etc.) que son útiles en la comprensión y manejo de su situación actual.

Entre la tercera y sexta sesión, dado que la sintomatología depresiva que está presente es reactiva a los problemas creados por el juego se centra el trabajo en objetivos conductuales concretos. Primero se le enseña la técnica del control de estímulos, la cual consiste en el control del dinero, solo se permite que porte diariamente 2.000 pesos y que evite, con la ayuda de un chaperón (amigo y/o familiar), situaciones de riesgo, como el juego *online*, lugares, situaciones y amigos vinculados al juego, con el fin de que se le dificulte al máximo la posibilidad de jugar. Controlando el dinero y evitando las situaciones de jugar, permite lograr una mejoría que se hace evidente ya en la quinta sesión. A medida que avanza en el tratamiento el control se va haciendo menos estricto.

Se entrevista al esposo y a las hijas mayores con el fin de saber su percepción del problema, las relaciones sociales, las repercusiones del problema a nivel social, laboral, económico y las habilidades de afrontamiento y si existen tratamientos anteriores o intentos de entrar a tratamiento.

Se solicita paralelamente a la Trabajadora social de Equipo de conductas adictivas que trabaje con el esposo y las hijas con el fin de hacerle consciente de las consecuencias comunes de la ludopatía, relativizar el problema, de que el juego no es algo personal, no es una elección, sino una enfermedad y aportar desde el trabajo social para la recuperación de las confianzas de su entorno familiar y así asimilar los daños causados como parte de una enfermedad de la que comienzan a ser conscientes y a aceptar.

Se trabaja además en la identificación y modificación de distorsiones cognitivas con el fin de que vaya aprendiendo a detectar sus pensamientos irracionales, identificándolos, debatiéndolos, interrumpiendo la conexión entre el sistema de creencias y las consecuencias emocionales para obtener otras consecuencias emocionales más ajustadas. Se le hace ver que estas la han llevado a confundir el azar con la habilidad en el juego, a la creencia errónea que tiene una habilidad especial llamada suerte, y que otros no poseen, la cual le ha permitido desafiar las reglas del azar y llegar a su situación actual. En este sentido se trabaja fuertemente en explicarle cómo surge la percepción de ilusión de control y que las distorsiones cognitivas tienen un peso trascendental en el mantenimiento de su conducta como jugadora. En la quinta y sexta sesión se realizó entrenamiento sobre este procedimiento y para lograr la reestructuración cognitiva se incluyó constantemente el uso del debate, cuestionando las ideas irracionales y errores de inducción, esta estrategia fue complementada con tareas para la casa que implicaban el uso de un autorregistro (tabla 1) y a posterior un formulario de autoayuda (tabla 2).

Tabla 1
Autorregistro

Día	Hora	Que sucede	Que pienso	Que emoción experimento

5. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition). Washington, DC: Author.

Tabla 2

Formulario de autoayuda

Que sucede	Que pienso	Que emoción perturbadora experimento	Cuál es mi idea irracional	¿Es coherente lo que estoy pensando?	¿Cómo aporta a mi situación este pensamiento?

Desde la séptima a la novena sesión se le hace ver la influencia entre las dificultades de solucionar sus problemas y el implicarse en las actividades del juego. Se trabaja con el fin de que tenga una orientación general del problema; defina los problemas; genere varias soluciones alternativas; ponga en marcha soluciones; establezca criterios para valorar las alternativas y elija la más adecuada y compruebe su eficacia. Se le anima a que amplíe las actividades sociales y a organizar un presupuesto y un plan real de devolución del dinero adeudado a familiares.

Se propician estrategias de prevención de recaídas donde se le habla por parte del suscrito abiertamente del riesgo de recaída en la evolución de su tratamiento. Se trabaja con el fin de que no interprete esta situación como debilidad o fracaso personal y se le insta a estar atenta/alerta, pues se puede dar en cualquier momento evolutivo. Se trabaja además con énfasis en la identificación y bloqueo de las situaciones de alto riesgo, pues son las que pueden aumentar la probabilidad de recaer.

De la décima a la duodécima sesión se trabaja en técnicas de afrontamiento para reducir la ansiedad, técnicas de interrupción del pensamiento, habilidades de autocontrol, técnicas de reestructuración cognitiva y se repasa el entrenamiento en resolución de problemas. El uso de técnicas de Mindfulness se utiliza con el fin de descender la activación y reducir la ansiedad⁶. Algunas de estas técnicas son prácticas de meditación formal y ejercicios breves que hacen hincapié en el Mindfulness en la vida cotidiana. Se le invita a observar que su atención puede distraerse hacia pensamientos, recuerdos o fantasías relacionadas con el juego y cuando esto ocurre, se le pide que observe brevemente que la mente se ha distraído y que vuelva lentamente la atención al momento presente.

Queda pendiente estimularle a que cambie su estilo de vida y determinados hábitos rutinarios. Aprendiendo a disfrutar del tiempo de otra forma satisfactoria. Si se produce la recaída, hay

que utilizarlo como un elemento importante del proceso terapéutico. Y por último queda pendiente la incorporación paulatina al mundo laboral.

La psicoterapia individual se lleva a cabo en sesiones de 45 minutos con una frecuencia de una semanal por el primer mes, luego de enero a junio del 2019 cada quince días para quedar con seguimiento cada dos meses por un año.

Discusión

En los últimos años, se han estudiado los trastornos duales en el ámbito de las conductas adictivas. Entendiendo un trastorno dual como la coexistencia de patología mental y adicción, que en este caso será la depresión y ludopatía, lo cual hace relevante que sean tratadas ambas patologías de forma simultánea, utilizando el modelo de integración y no intervenir de forma separada o secuencial. En este trabajo, enfatizamos la importancia del abordaje integrativo de la patología dual, de un diagnóstico acertado y la implementación de un tratamiento multidisciplinario donde la Trabajadora social es un eje principal del mismo. No se puede hablar después de doce sesiones y posterior seguimiento de la recuperación total de la referida a pesar de que esta insiste en la remisión total (abstinencia), si esta no ha cambiado los hábitos llevados a cabo durante su dependencia al Juego, es decir la forma de relacionarse, las dificultades familiares, problemas de comunicación, mentiras, engaños, autoengaños, pérdida de control e inestabilidad anímica reactiva a los problemas creados por el juego. Es con objetivos pequeños a corto plazo como los descritos, que se pueden modificar situaciones concretas para luego y entendiendo la cronicidad del problema, pasar a la búsqueda de la abstinencia, aunque se ha comenzado recientemente a reconsiderar la abstinencia como único objetivo terapéutico para los ludópatas, pero la bibliografía refiere que cualquier otra alternativa son aún inconsistentes y no parecen superar los logrados con los programas de abstinencia⁷.

6. Ruth A. Baer (Ed). Técnicas de tratamiento basado en Mindfulness. Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones (2017). Editorial Desclee de Brouwer.

7. Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele, & Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Nuevos Retos en el Tratamiento del Juego Patológico. *Terapia psicológica*, 32(1), 31-40.

Referencias

1. Porcentaje de adictos al juego en Chile supera a los consumidores de cocaína o pasta base según estudio realizado por FAE-U. de Santiago (29 de octubre 2019). Recuperado de https://fae.usach.cl/fae/index.php?option=com_content&view=article&id=3352:2015-10-23-19-25-11&catid=13:noticias-fae
2. Minsal. Atención de personas con depresión en el AUGÉ. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e7a5ac9b1dfedae04001011f010680.pdf>
3. Thomsen K, Callesen M, Linnet J, Kringlebach M, Moller A. Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural Pharmacology*. 2009; 20: 527-536.
4. O'Brien C. Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review*. 2011; 26
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, DC: Author.
6. Ruth A. Baer (Ed). *Técnicas de tratamiento basado en Mindfulness. Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones (2017)*. Editorial Desclee de Brouwer
7. Echeburúa, Enrique, Salaberría, Karmele, Et Cruz-Sáez, Marisol. (2014). Nuevos Retos en el Tratamiento del Juego Patológico. *Terapia psicológica*, 32(1), 31-40.

Misión

Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental tiene por objeto el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.

En el cumplimiento de sus objetivos la Corporación podrá:

- a) Promover, realizar y auspiciar todo tipo de eventos científicos, tales como: Congresos Científicos, Simposios, Conferencias, Mesas Redondas y Charlas.
- b) Promover y realizar estudios, investigaciones científicas y cursos de perfeccionamiento.
- c) Promover el intercambio científico entre las diversas disciplinas relacionadas con la Salud Mental.
- d) Promover el intercambio societario con otras corporaciones similares, nacionales o extranjeras.
- e) Editar y publicar revistas y todo tipo de escritos científicos.
- f) Crear y sostener Bibliotecas.
- g) En general, realizar todas aquellas acciones encaminadas al mejor logro de los fines propuestos.

“La salud mental es tarea de todos”