

Conceptualización y tratamiento terapéutico de un caso de ludopatía desde el análisis funcional y la terapia de aceptación y compromiso

Conceptualization and therapeutic treatment of a compulsive gambling case by Functional Analysis and Acceptance and Commitment Therapy
Conceptualização e tratamento terapêutico de um caso de ludopatía desde a Análise Funcional e Terapia de Aceitação e Compromisso

Rafael Jiménez Díaz*
Asociación Alternativa

Resumen

En este artículo se expone un caso clínico de ludopatía, en el que la conducta de juego impulsivo tenía consecuencias tanto positivas (a corto plazo) como negativas (a medio-largo plazo) para el sujeto. Debido a este conflicto entre consecuencias, cuando el sujeto experimentaba deseos de jugar intentaba controlar y/o evitar esta conducta, aunque esto en realidad empeoraba paradójicamente el problema, debido a las consecuencias negativas adicionales que el propio acto de control llevaba consigo, como muestra el análisis funcional realizado. Como tratamiento, se aplicó una variante de terapia de aceptación y compromiso (ACT),** con el objetivo de que el sujeto saliera del círculo vicioso de lucha y rendición respecto de la conducta de juego mediante la aceptación de que tanto jugar como no jugar tienen consecuencias negativas, y mediante el compromiso con una de estas opciones a pesar de sus inconvenientes. Por último, se propone que esta terapia de aceptación y compromiso tiene eficacia terapéutica, ya que se produce la disminución del sufrimiento subjetivo experimentado por el sujeto y la eliminación de la conducta-problema planteada: el juego impulsivo.

Palabras clave: evitación, ludopatía; paradoja; tensión; funcional; topográfico; aceptación; compromiso.

Abstract

A clinical case of compulsive gambling is exposed in this article. The subject's playing behaviour had both positive and negative consequences. The subject tried to practice control over the urge to play. As shown in the functional analysis, the failure to control the urge despite the best efforts worsened the problem due to its negative consequences. A variation of acceptance and commitment therapy (ACT) was applied in order to break down the fight-surrender vicious circle of the playing behaviour. Two treatment strategies were agreed upon: acceptance of the fact that both playing and not playing had negative consequences and commitment to one of these options despite its disadvantages. Finally, it is proposed that this acceptance and commitment therapy is a useful therapeutic process as it decreases the suffering subject and eliminates the problem: playing behaviour. *Key words:* avoidance, compulsive gambling, paradox, tension, functional, topographic, acceptance, commitment.

* Licenciado en Psicología por la Universidad de Málaga en 2006. Desde 2007 hasta la actualidad trabaja como psicólogo para la Asociación Alternativa. La correspondencia relacionada con este artículo puede dirigirse a: C/ Jaén # 16, Vélez-Málaga (Málaga), C.P.: 29700 o al e-mail: rfjdpsicologo@hotmail.com.

** Se usa ACT (acrónimo en inglés) porque es el más empleado incluso en la comunidad hispanohablante (Wilson & Luciano, 2002).

Para citar este artículo: Jiménez, R. (2013). Conceptualización y tratamiento terapéutico de un caso de ludopatía desde el análisis funcional y la terapia de aceptación y compromiso. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 31(2), pp. 443-452.

Resumo

En este artículo se expone un caso clínico de ludopatía, en el que la conducta de juego impulsivo tenía consecuencias tanto positivas (a corto plazo) como negativas (a medio-largo plazo) para el sujeto. Debido a este conflicto entre consecuencias, cuando el sujeto experimentaba deseos de jugar intentaba controlar y/o evitar esta conducta, aunque esto en realidad empeoraba paradójicamente el problema, debido a las consecuencias negativas adicionales que el propio acto de control llevaba consigo, como muestra el análisis funcional realizado. Como tratamiento, se aplicó una variante de terapia de aceptación y compromiso (ACT), con el objetivo de que el sujeto saliera del círculo vicioso de lucha y rendición respecto de la conducta de juego mediante la aceptación de que tanto jugar como no jugar tienen consecuencias negativas, y mediante el compromiso con una de estas opciones a pesar de sus inconvenientes. Por último, se propone que esta terapia de aceptación y compromiso tiene eficacia terapéutica, ya que se produce la disminución del sufrimiento subjetivo experimentado por el sujeto y la eliminación de la conducta-problema planteada: el juego impulsivo.

Palavras chave: evitação, ludopatía, paradoxo, tensão, funcional, topográfico, aceitação, compromisso

La ludopatía o juego patológico se caracteriza por un impulso incontrolado por participar en diversos tipos de juegos de azar (loterías, máquinas tragaperras, bingos, apuestas, etc.) de una manera excesiva o desadaptativa, lo cual produce un deterioro de la vida del sujeto consistente en pérdidas económicas, problemas familiares, laborales, personales, etc. (APA, 2002).

A pesar de que todavía se observan ciertos rechazos o prejuicios sociales hacia los individuos que padecen ludopatía, hace tiempo que esta conducta es considerada un trastorno psicológico. Por estas razones, cobra especial interés el conocimiento de los factores implicados en la génesis, eclosión y mantenimiento de la ludopatía, así como la necesidad de encontrar tratamientos terapéuticos eficaces para abordarla.

El análisis funcional viene mostrándose desde hace tiempo como una herramienta básica para

entender los diversos tipos de conductas problemáticas que pueden manifestar los seres humanos (Ferro, Valero & López Bermúdez, 2009; Kohlenberg & Tsai, 1991; Velasco & Quiroga, 2001).

Por su parte, la terapia de aceptación y compromiso (ACT) ha mostrado su eficacia terapéutica en el tratamiento de psicopatologías de diversa índole (Hayes, 2004). En síntesis, dicha terapia busca generar las condiciones para que el paciente aprecie los inconvenientes de la evitación de eventos privados, sensaciones o experiencias, así como sus efectos paradójicos, y decida aceptar tales eventos privados, sensaciones o experiencias porque esa aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales (Hayes, Stroschal & Wilson, 1999; Luciano & Valdivia, 2006; Wilson & Luciano, 2002).

Descripción del caso clínico

El sujeto del caso clínico de ludopatía aquí expuesto es S, un varón de 43 años, casado y con dos hijos varones de 11 y 13 años. S acude a consulta, demandando ayuda por un problema de adicción a las máquinas tragaperras que viene padeciendo desde hace aproximadamente tres años.

S relató que desde hace un largo tiempo era aficionado a todo tipo de loterías (destinando a esta actividad no más de unos once euros semanales), pero es desde hace aproximadamente tres años cuando empezó a tener problemas serios con las máquinas tragaperras.

La primera vez que S jugó con máquinas tragaperras tuvo la fortuna de conseguir un pequeño premio (el sujeto no recuerda la cuantía exacta). S refiere que se sintió muy contento por haber ganado y decidió seguir jugando porque pensaba que tenía “su día de suerte”. En esta segunda ocasión el sujeto no ganó nada. Entonces, S participó otra vez para recuperar ese dinero y tampoco ganó nada. No solo no consiguió nada en las dos últimas participaciones, sino que perdió la pequeña cantidad de dinero que consiguió la primera vez que jugó. S pensó que por ese día ya estaba bien, pero volvería mañana a intentarlo de nuevo.

De las tres veces que ha jugado, el sujeto ha ganado en una ocasión y ha perdido en dos, así que

piensa que en el fondo no está mal. Los juegos de azar siguen un patrón de reforzamiento intermitente, en los que unas veces se consigue el premio (reforzamiento positivo) y otras no.

Si S hubiese seguido mucho tiempo sin ganar nada, probablemente habría acabado dejando esta actividad por completo, pero S menciona que conseguía algunas ganancias aisladas que bastaron para animarle a seguir jugando, sin tener en cuenta que, a largo plazo, las pérdidas iban superando claramente las ganancias.

S refiere que cuando las pérdidas económicas empezaron a ser preocupantes (llegando a gastar hasta 200 euros semanales) y dedicaba cada vez más tiempo a esta actividad, comenzó a tener problemas familiares y las mentiras a su esposa eran frecuentes.

Ante esas circunstancias, cada vez que S se encontraba ante una máquina tragaperras y sentía deseos de jugar, era asaltado por pensamientos de culpa que le predisponían a resistirse, porque sabía que su conducta le estaba ocasionando problemas económicos y familiares. Sin embargo, también pensaba en la posibilidad de ganar y recuperar el dinero que había perdido anteriormente. Esta ambivalencia era experimentada por S como sumamente desagradable.

Finalmente, la culpa, la ambivalencia y el miedo ante la posibilidad de no poder “resistir la tentación” le ocasionaban una tensión y un malestar psicológico tan inaguantable, que S acababa jugando para librarse de esas sensaciones tan negativas.

Después de jugar, cuando S se da cuenta de que ha vuelto a perder dinero, se siente mal consigo mismo y se promete que la próxima vez será más fuerte y hará todo lo posible para controlar este problema, pero el mismo proceso se repite una y otra vez.

Análisis funcional y topográfico del caso

Con base en toda la información que aporta S, parece claro que padece un trastorno de ludopatía o juego patológico, ya que cumple con los criterios que establece el *DSM-IV-TR* (APA, 2002).

Ahora bien, desde una perspectiva basada en el análisis funcional, habría que aclarar que este diag-

nóstico psicopatológico tiene una utilidad clínica limitada, ya que no proporciona ninguna clave a nivel funcional que pueda orientarnos a la hora de establecer nuestra intervención terapéutica. Para programar el tratamiento adecuado se hace necesario llevar a cabo el análisis funcional y topográfico de las conductas problema, con el objetivo de actuar sobre las variables relevantes de este caso en concreto.

La elaboración de dicho análisis funcional no fue dificultosa, teniendo en cuenta la gran cantidad de información que aportó el sujeto a lo largo de una sesión inicial de recogida de datos mediante entrevista clínica. A parte de la entrevista clínica, no se usó ningún instrumento de evaluación estructurado. La conducta que el sujeto S señala como problemática es la adicción a las máquinas tragaperras que viene manifestando desde hace tres años. Desde el punto de vista topográfico, se puede considerar que esa conducta, que se da cuando el sujeto se encuentra en contacto con las máquinas tragaperras (situación estimular desencadenante), va precedida por las siguientes respuestas:

1. Respuesta cognitiva previa: el sujeto tiene pensamientos del tipo “Seguro que vuelvo a caer” (miedo), “Soy un vicioso, no tengo fuerza de voluntad”, “Estoy dañando a mi familia” (culpa), “No debería pensar en jugar” (evitación), “Debería controlarme, aunque si gano recuperaré algo de dinero” (ambivalencia).
2. Respuesta fisiológica previa: como consecuencia de la respuesta cognitiva señalada en el punto anterior, el sujeto experimenta una activación fisiológica desagradable (tensión, agitación, ansiedad, etc.).

Como se puede observar, los pensamientos relacionados con el miedo y la culpa desencadenan una activación fisiológica desagradable. Esta activación fisiológica aumenta aún más cuando aparecen pensamientos ambivalentes, ya que cuando un sujeto tiene que elegir entre dos opciones posibles (jugar o no), se produce una especie de activación o tensión que lo empuja a decidirse hacia una opción u otra. Además, los pensamientos evitativos hacen que, paradójicamente, esté aún más presente en la mente

del sujeto el contenido que pretende evitar (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). Este fenómeno paradójico se ha puesto de manifiesto anteriormente en varios trastornos, tales como las drogodependencias (Marlatt, 1994), el trastorno obsesivo-compulsivo (Gold & Wegner, 1995; McCarthy & Foa, 1990), el trastorno de pánico (Craske, Street & Barlow, 1990), el trastorno de personalidad límite (Linehan, 1993; Strosahl, 1991), la depresión (Dougher & Hackbert, 1994; Luciano & Huertas, 1999), la bulimia (Nash & Farmer, 1999), las parafilias (LoPiccolo, 1994) y el alcoholismo (Velasco & Quiroga, 2001; Wulfert, 1994).

Ante estas circunstancias, la activación fisiológica llega a hacerse tan insoportable que S se ve obligado a jugar para que esta disminuya. El sujeto experimentaba una gran tensión fisiológica cuando intentaba controlar su adicción, y todos los esfuerzos por evitar estas sensaciones eran infructuosos y, paradójicamente, hacían que se fuese sintiendo cada vez peor. Él ya sabía que si acababa jugando, posteriormente se sentiría mal y culpable por ello, pero la cuestión es que él ya estaba sintiéndose mal antes de hacerlo. Lo que se intenta explicar es que la anticipación ansiosa de la posibilidad de no controlar su impulso de jugar es lo que, paradójicamente, hace que finalmente no lo controle.

A nivel topográfico, las respuestas que lleva a cabo el sujeto son las siguientes:

1. Respuesta cognitiva: el sujeto, tras luchar sin éxito por controlar las sensaciones desagradables que experimenta cuando se encuentra ante la máquina tragaperras, tiene el siguiente pensamiento: “No soporto esta angustia, me rindo”.
2. Respuesta motora: el sujeto acaba jugando nuevamente a la máquina tragaperras.

Las consecuencias de estas respuestas son claras; a corto plazo, el sujeto ha reducido el malestar fisiológico desencadenado por los intentos de evitación/control de la conducta problema, pero a largo plazo se siguen desencadenando consecuencias negativas (pérdidas económicas, discusiones familiares, deterioro de la autoestima del sujeto, etc.). Estas consecuencias negativas hacen que en el sujeto vuelvan a emerger los pensamientos rela-

cionados con la culpa, tales como: “Soy un vicioso, no tengo fuerza de voluntad” o “Estoy dañando a mi familia”, pensamientos que predispondrán al sujeto a esforzarse más por controlar su adicción la próxima vez que se encuentre ante la posibilidad de jugar (factor de mantenimiento).

Debido a estas consecuencias, las máquinas tragaperras son catalogadas por el sujeto como estímulos aversivos o ambivalentes (aversivos y apetitivos a la vez), pero, en cualquier caso, como estímulos relevantes. De esta manera, cuando el sujeto se encuentra en contacto con máquinas tragaperras o con situaciones estimulares que puedan implicar su proximidad (bares, salones de juego, etc.), se produce una activación fisiológica a modo de aviso, que dispara el proceso de lucha-rendición descrito anteriormente.

Como puede observarse, la conducta del sujeto sigue un patrón de reforzamiento mixto donde se combina el reforzamiento negativo (el sujeto consigue eliminar el malestar fisiológico) y el reforzamiento positivo intermitente (muy ocasionalmente, el sujeto obtiene pequeños premios económicos).

Aunque para S la conducta problema que pretendía eliminar era el juego con las máquinas tragaperras, para nosotros el problema por tratar era más bien el círculo vicioso de lucha-rendición en relación con la propia conducta de juego.

Tratamiento terapéutico del caso clínico basado en la terapia de aceptación y compromiso

Teniendo en cuenta el análisis funcional y topográfico anterior, nuestra intervención terapéutica se dirigió a eliminar la conducta de control/evitación del juego, dado que el propio intento de control/evitación constituye el factor principal del problema (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

El primer paso en la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso consiste en la discusión junto al paciente de la finalidad y utilidad de las estrategias de control/evitación que viene utilizando hasta ahora, para que entienda claramente que tales estrategias constituyen el factor principal de mantenimiento de su conducta-problema. Solo fueron necesarias dos sesiones para lograr este objetivo.

El sujeto S. no tuvo demasiadas dificultades para entender las explicaciones funcionales de su problema. De hecho, él mismo ya refería, durante la entrevista de recogida de datos clínicos, que intuía de cierta manera que las sensaciones desagradables que experimentaba cuando intentaba resistir el impulso de jugar aumentaban a medida que lo hacían sus propios esfuerzos de control. El sujeto explicaba que cuando intentaba controlarse sentía “presión en las sienes”, “un nudo en la garganta” y “retorcijones de estómago”, que solo desaparecían “cayendo en la tentación de jugar”.

En cualquier caso, para ayudar al sujeto a entender mejor este proceso, en una de las dos sesiones se emplearon varias metáforas elaboradas *ad hoc*, aunque inspiradas en las propuestas anteriormente por Hayes, Strosahl y Wilson (1999) y que, por cuestiones de espacio, se presentan sintetizadas:

1. Metáfora del monstruo: se le explica al sujeto que las sensaciones desagradables que experimenta equivalen a un monstruo que crece y se pone más furioso mientras más atención se le presta. En cambio, si se ignora al monstruo, este permanece pequeño e inofensivo.
2. Metáfora de los visitantes molestos: en esta metáfora, las sensaciones desagradables serían equivalentes a los visitantes molestos que acuden a una fiesta a la que no han sido invitados. Si el anfitrión les presta atención, estos le impedirán disfrutar de su fiesta, y si intenta echarlos, puede producirse un conflicto desagradable que arruine definitivamente la reunión. La solución sería ignorarlos y centrarse en otros invitados a los que sí aprecia.
3. Metáfora de las alarmas: las sensaciones desagradables equivaldrían a múltiples alarmas que suenan estridentemente cuando hay algún peligro. Son útiles en cuanto nos avisan la proximidad de un peligro (en este caso las máquinas tragaperras), pero se vuelven insoportables si no se desactivan a tiempo. La cuestión es que están programadas para desactivarse por sí mismas y cualquier intento externo por apagarlas de otra manera, hará que el sonido se vuelva más estridente aún.

El empleo de metáforas es una herramienta básica en la terapia de aceptación y compromiso (García Montes, Luciano, Hernández López & Zaldívar, 2004; Hayes & Wilson, 1994; Pérez Alvarez, 1996; Velasco & Quiroga, 2001), que permite a los sujetos tomar conciencia de forma clara de los fenómenos paradójicos de la evitación experiencial.

Aparte de desenmascarar los procesos paradójicos contraproducentes de la evitación experiencial, se consideró importante trabajar, en la cuarta sesión, algunas de las cogniciones del sujeto que se pusieron de manifiesto en el análisis funcional y topográfico previo. Como se ha mencionado en el punto anterior, el sujeto, antes de llevar a cabo la conducta de juego (cuando sentía el impulso previo o “ganas de jugar”) y después de realizarla, refería respuestas cognitivas del tipo: “Soy un vicioso, no tengo fuerza de voluntad” o “Estoy dañando a mi familia”. Tales pensamientos generaban un gran sentimiento de culpa al sujeto y dañaban su autoconcepto, predisponiendo a S a esforzarse por evitar que tal conducta se volviese a repetir y retroalimentando el círculo vicioso de lucha-rendición. Por ello, se propuso al sujeto sustituir tales pensamientos dañinos para el autoconcepto por otros menos generadores de culpa, tales como: “Tengo un problema con consecuencias negativas para mí y mi familia, pero puede ser solucionado”.

En este punto es obligatorio justificar el hecho de que no se profundizara en la desliteralización o separación del “yo contexto” y el “yo contenido”, paso clave en la ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Wilson & Luciano, 2002), y se emplease en su lugar una estrategia de intervención basada en la técnica de reestructuración cognitiva, técnica que, en principio, va en contra de la propia filosofía de la terapia de aceptación y compromiso. Así, desde el enfoque radical de esta terapia, se considera que la modificación de los pensamientos es una forma más de evitación. Por ello, no se pretende cambiar el contenido de los pensamientos, sino alterar sus funciones. Ahora bien, en muchos casos es complicado cambiar la función de un pensamiento sin modificar su contenido. En este caso en concreto no se buscó eliminar, reprimir o bloquear esos pensamientos (lo cual sería, además de contraproducen-

te, prácticamente imposible —no eran creencias infundadas, ya que ciertamente la conducta del sujeto dañaba la dinámica familiar—, sino buscar una forma alternativa de expresarlos para facilitar la alteración funcional.

Siguiendo con la exposición del procedimiento terapéutico, tras conseguir que el sujeto experimentara cierta desculpabilización, asumiera que seguir jugando tendría consecuencias muy negativas a mediano-largo plazo para él (agravamiento de las pérdidas económicas, discusiones familiares, etc.) y comprendiese que intentar controlar el impulso de jugar era contraproducente, el siguiente paso de la intervención consistió en plantearle su compromiso con la decisión de abandonar la conducta de juego, ahora que sabía que no podía evitar o controlar el hecho de “sentir ganas” de jugar. Es decir, abandonar la conducta de jugar implicaría necesariamente aceptar y sobrellevar toda la activación fisiológica desagradable que el sujeto experimenta cuando se encuentra en contacto con las máquinas tragaperras.

Es en este punto cuando se expone al cliente la alternativa terapéutica de aceptar las ganas de jugar como una de las muchas experiencias aversivas que puede experimentar en otros contextos cotidianos de su vida. Así, se le ofrecen ejemplos de otras circunstancias en las que tiene que aceptar experiencias desagradables, tales como esperar en el automóvil mientras se ve inmerso en un atasco de tráfico, esperar y soportar la sensación de hambre hasta que sale del trabajo y puede ir a casa para comer, etc.

En la quinta y última sesión mantenida, el sujeto se comprometió con esta alternativa terapéutica. A lo largo de las sesiones no se incidió demasiado en el establecimiento específico de valores, otro de los pasos fundamentales en ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Wilson & Luciano, 2002), porque para el sujeto su principal valor en la vida era “ser un buen padre” y, según refería él mismo, lo único que interfería actualmente con ese propósito era su adicción al juego. Se le citó para dentro de tres semanas y se dio por finalizado el tratamiento después de las cinco sesiones (una primera sesión de recogida de datos clínicos, una segunda sesión para explicar al sujeto el análisis funcional de su caso, una tercera sesión para que asimile, a través

de metáforas, los procesos paradójicos de la evitación experiencial, una cuarta sesión para trabajar cognitivamente los pensamientos generadores de culpa, y una quinta y última sesión en la que el sujeto se compromete con su elección de no jugar).

Después de tres semanas, el sujeto S acudió a la cita y manifestó que se mantenía sin jugar a las máquinas tragaperras. Además, informó de que la intensidad de las “ganas de jugar” que experimentaba al pasar por bares u otros lugares donde había instaladas máquinas tragaperras era mucho menor que antes de iniciar la terapia.

Al cabo de tres meses, se contactó telefónicamente al sujeto para llevar a cabo el seguimiento de su evolución terapéutica. S comentó que, a pesar de que todavía sentía “cierto cosquilleo” y “ganas de jugar” cuando se encontraba en contacto con máquinas tragaperras, permanecía sin jugar. A nivel anímico, S refería encontrarse mucho mejor que antes de llevar a cabo la terapia de aceptación y compromiso, aun cuando las “ganas de jugar” que todavía experimentaba le ocasionaban cierta inquietud.

El último contacto telefónico con S se mantuvo a los ocho meses de finalizar la terapia y sirvió para confirmar su evolución positiva, ya que el sujeto se mantenía sin jugar y refería un estado anímico bueno.

Conclusiones y discusión del caso

Asumiendo la necesidad de más validación empírica que respalde la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento de la ludopatía, el buen desenlace del caso clínico expuesto permite optimismo respecto a las posibilidades de dicha terapia.

Así, este caso clínico volvería a poner de manifiesto la máxima del análisis funcional, según la cual la conducta siempre tiene un sentido o función. Por lo tanto, sería fundamental que el terapeuta entendiese esta función de las conductas del paciente para poder ayudarle. Esta función siempre tendría que ser analizada en relación con el entorno o contexto del sujeto.

En las funciones, podrían intervenir procesos de reforzamiento positivo, negativo o mixto, y sería

una condición necesaria por parte del terapeuta delimitar tales procesos para poder operar sobre ellos.

En el caso de ludopatía del sujeto expuesto en este artículo, su conducta de juego impulsivo estaba gobernada por un proceso de reforzamiento mixto. El descubrimiento de que los esfuerzos por controlar tal conducta generaban en el sujeto una activación fisiológica desagradable, que paradójicamente le impedía controlarla, fue clave. Por un lado, la conducta era reforzada negativamente, al permitir al sujeto desembarazarse de sus pensamientos de miedo, culpa y ambivalencia, y descargar la tensión fisiológica desagradable producida por sus intentos de evitación/control previos. Por otro lado, esta conducta también era reforzada positivamente (de forma intermitente), al permitir al sujeto conseguir esporádicos premios económicos.

Aunque a largo plazo las consecuencias negativas de la conducta de juego (pérdidas económicas, problemas familiares, problemas de autoestima, etc.) superaban a las positivas, estas propias consecuencias negativas constituirían a su vez un factor de mantenimiento que retroalimentaba el círculo vicioso de lucha-rendición en el que se hallaba inmerso el sujeto. Así, cuando el sujeto se percataba de todas esas consecuencias negativas, se autoinstruía para intentar evitar o controlar la conducta, reanudándose el mencionado círculo vicioso. Por ello, el que el sujeto tome conciencia de los efectos paradójicos y contraproducentes de la evitación experiencial es un factor clave en la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso. Cuando el sujeto asimila que no hay ninguna forma efectiva para reducir la activación desagradable que experimenta cuando surge la posibilidad de jugar, y que para abandonar dicha conducta tendrá que aceptar tales sensaciones desagradables, está en condiciones de comprometerse con la elección de no volver a jugar.

Además, dado el importante papel que la culpa juega como factor de mantenimiento, sería importante trabajar las cogniciones que generan culpa exagerada y que dañarían la autoestima del sujeto, y sustituir las por otras más positivas y realistas, tal y como se hizo en este caso.

A pesar de que, como ya se ha explicado anteriormente, la modificación de pensamientos va en

contra del propio enfoque de la terapia de aceptación y compromiso, en algunos casos podría tener sentido clínico (bajo un criterio pragmático alejado de cualquier dogmatismo). Por ejemplo, en los casos en los que se detecte una resistencia fuerte a la aceptación incondicional de determinados pensamientos, podría ser útil operar cierta modificación sobre ellos. No se trata tanto de cambiar unos pensamientos por otros distintos, sino de buscar la manera de expresarlos de forma que se facilite su aceptación y, por lo tanto, su alteración funcional.

Si ACT, como terapia conductista de tercera generación, no ha tenido problemas para integrar en sus procedimientos elementos como el uso de metáforas, “el aquí y ahora” o “el darse cuenta” compartidos con corrientes pseudocientíficas tales como la psicoterapia Gestalt, no debería tenerlos tampoco para integrar elementos propios de una terapia “hermana” como lo es la reestructuración cognitiva, por muy alejados que estén sus planteamientos terapéuticos. De todas formas, hay que asumir que en el caso clínico presentado resulta difícil decidir si la eficacia de la terapia ha sido en parte “gracias” al empleo de la reestructuración cognitiva, o si esta eficacia se debe únicamente a los elementos de ACT empleados, a pesar de haber usado la reestructuración.

Para finalizar, hay que señalar que algunas variables del caso clínico, tales como un buen nivel intelectual del sujeto (que le ayudó a asimilar sin problemas la explicación del análisis funcional de su conducta y las metáforas sobre los efectos de la evitación) y el hecho de que su adicción fuese aislada y no hubiese comorbilidad con alcoholismo o adicciones a otras sustancias, como suele ser común en muchos casos de ludopatía (Lesieur, 1985; Rodríguez Martos, 1987; Rosenthal & Lesieur, 1992), propiciaron la buena resolución terapéutica del mismo. Posiblemente, la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en otros casos de ludopatía con variables personales distintas (individuos con bajo nivel intelectual, problemas de adicción al alcohol u otras sustancias, problemas de personalidad, etc.) implicaría algunas dificultades que habría que tener en cuenta y que, indudablemente, retrasarían (o incluso impedirían) el proceso terapéutico.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (texto revisado). Barcelona: Masson.
- Craske, M. G., Street, L. & Barlow, D. H. (1990). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment of agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 663-672.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994). A behaviour-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behaviour Analyst*, 17, 321-334.
- Ferro, R., Valero, L. & López Bermúdez, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30, 255-264.
- García Montes, J. M., Luciano, M. C., Hernández López M. & Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- Gold, D. B. & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1245-1261.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-304.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follete, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: a functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press.
- Lesieur, H. R. (1985). *The Chase. Career of the Compulsive Gambler*. Cambridge: MA. Schenkman Books.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- LoPiccolo, J. (1994). Acceptance and Broad Spectrum Treatment of Paraphilias. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (pp. 149-170). Reno: Context Press.
- Luciano, M. C. & Huertas, F. (May, 1999). *ACT through several cases*. Paper presented in the Association for Behavior Analysis. Chicago. IL.
- Luciano, M. C. & Valdivia, M. S. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction and Acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.) *Acceptance and Change Content and Context in Psychotherapy* (pp. 175-197). Reno: Context Press.
- McCarthy, P. R. & Foa, E. B. (1990). Obsessive-compulsive disorder. En M. E. Thease, B.A. Edelstein y M. Hersen (Eds.). *Handbook of outpatient treatment of adults: Nounpsychotic mental disorders* (pp. 209-234). Nueva York: Plenum.
- Nash, H. M. & Farmer, R. (1999). *Modification of Bulimia-related behavior in the context of Acceptance and Commitment Therapy*. Paper presented in the Association for Behavior Analysis. Chicago. IL.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rodríguez Martos, A. (1987). Estudio piloto estimativo de la prevalencia del juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa Dross. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 265-275.
- Rosenthal, R. J. & Lesieur, H. R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal of Addiction*, 1, 150-154.

- Stroschal, K. (1991). Cognitive and behavioral treatment of personality disordered patient. En C. Austad & B. Berman (Eds.), *Psychotherapy in managed health care: The optimal use of time and resources* (pp. 185-201). Washington: APA.
- Velasco, J. A. & Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13, 50-56.
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wulfert, E. (1994). Acceptance in the Treatment of Alcoholism: A comparison of Alcoholics Anonymous and Social Learning Theory. En S. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follete & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy* (s. p.). Reno, Nevada: Context Press.

Fecha de recepción: 4 de septiembre de 2012
Fecha de aceptación: 16 de enero de 2013

