

Evaluación y tratamiento del juego patológico

Elisardo Becoña Iglesias

Universidad de Santiago de Compostela

Introducción.

El juego por ocio o placer es una conducta que se pierde en la noche de los tiempos (Becoña, 1993a; Ochoa y Labrador, 1994). Sin embargo, a partir de la legalización del juego de azar en España ha surgido un nuevo problema: la dependencia del juego, también conocido con los nombres de juego patológico, juego compulsivo, ludopatía, ludomanía, juego excesivo, etc. Este trastorno se caracteriza porque la persona no es capaz de controlar sus impulsos a jugar, lo que le acarrea una serie de graves consecuencias en la esfera personal, familiar, profesional y social (Custer, 1982). Viene a ser, por tanto, un trastorno progresivo, que podríamos caracterizar como (Rosenthal, 1992): a) una continua o episódica pérdida de control sobre el juego, b) una preocupación por el juego y por obtener dinero para jugar, c) pensamiento irracional sobre el juego, y d) que continúa haciendo la conducta, a pesar de sus adversas consecuencias. Clínicamente, para el diagnóstico del juego patológico, se siguen los criterios diagnósticos del DSM-IV, tal como mostramos en la tabla 1.

En España hay varios juegos muy populares como loterías, cupones y máquinas tragaperras. El gasto anual de juego en España está, en los últimos años, en torno a los 3 billones de pesetas, llegando en 1997 a su cifra más alta: 3,4 billones de pesetas (Comisión Nacional del Juego, 1998). Por orden de importancia de gasto en juego, se encuentran los siguientes juegos: máquinas tragaperras, bingo, loterías (Lotería Nacional), loterías de organismos benéficos (ONCE), lotería primitiva y bonoloto, y casino.

De los países de la Comunidad Económica Europea, España y Alemania son los países que ocupan el primer lugar de gasto per cápita en juego (Becoña, 1996b). El juego más popular en España es el de las máquinas tragaperras; el gasto en ellas es de 1,4 billones de pesetas en el último año. Actualmente hay unas 400.000 máquinas de tipo A, B y C instaladas en bares, restaurantes, salas de juego, bingos y casinos, de las cuales 185.000 son de tipo A y 215.000 de tipo B y casi 4.000 de tipo C, sólo existentes en casinos (Comisión Nacional del Juego, 1998). Las máquinas de tipo B (las tragaperras) se han convertido en muy populares nada más introducirse las mismas, tanto por su vistosidad (luces y colores), diseño, como el premio monetario que proporcionan como parte de la jugada que, subjetivamente, lleva a muchas personas a creer erróneamente que con ellas, jugando en ellas, pueden ganar dinero.

En España, por los datos que hoy conocemos del juego, era probable que su introducción

produjese importantes problemas de dependencia de las mismas. Así, hoy sabemos que el acceso a las mismas, casi ilimitado incluso para los menores (Becoña, 1996a), y la accesibilidad, una máquina existente en casi todos los bares y restaurantes, el gran número de estos establecimientos, el bajo coste de la apuesta, 25 pts., el consumo de alcohol al mismo tiempo que se juega, la influencia de los modelos jugadores que están presentes y juegan, y los poderosos estímulos que proporcionan las personas cercanas o alrededor de las máquinas en forma de luz y sonido. Probablemente, de los anteriores aspectos, el que es más relevante para las personas que acuden a los bares en donde hay máquinas (y que concurrentemente implica la mayoría de los factores de riesgo citados) es la asociación que consistentemente se ha encontrado entre consumo de alcohol y juego patológico (Becoña, 1993b; Lesieur, Blume and Zoppa, 1986; Lesieur and Rosenthal, 1991; Rodriguez-Martos, 1987, 1989), lo que en España serviría para explicar el gran número de personas con probabilidad de tener problemas de juego con las máquinas tragaperras dada la alta prevalencia de personas con problemas de abuso de alcohol y constituir el consumo de alcohol una conducta social normal, que se da en una alta tasa. El consumo de alcohol también está presente en los bingos y casinos mientras se juega.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del juego patológico según el DSM-IV.

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

1. preocupado por el juego (por ej. preocupado con revivir de nuevo las experiencias pasadas de juego, incapacitado o planeando la siguiente aventura, o pensando en el modo de obtener dinero para jugar).
2. necesidad de jugar con mayor cantidad de dinero para obtener la excitación deseada.
3. hace repetidos esfuerzos sin éxito para controlar, disminuir o dejar de jugar.
4. inquietud o irritabilidad cuando intenta disminuir o dejar de jugar.
5. juega como un modo de escapar de los problemas o de los estados de sentimiento intolerables (por ej., sentimientos de desamparo, culpa, ansiedad, depresión).
6. después de perder dinero en el juego, a menudo vuelve otro día para intentar recuperarlo (a "cazar" las propias pérdidas).
7. miente a los miembros de su familia, empleador, o terapeuta para ocultar el grado de su implicación en el juego.
8. comete actos ilegales, tales como falsificación, fraude, robo o desfalco, para financiar el juego.
9. ha arriesgado o perdido una relación importante, el trabajo, u oportunidades educativas o de promoción a causa del juego.
10. cuenta con otros individuos (o instituciones) para proporcionarle dinero para aliviar una situación financiera desesperada producida por el juego.

B. El trastorno no se circunscribe a un episodio maníaco.

Al hablar de juego se hace necesario diferenciar el juego de azar del juego de habilidad. En el de habilidad, el jugador gana dependiendo de sus habilidades desarrolladas para dicho juego (ej. el jugador de fútbol, baloncesto, petanca, etc.). En cambio, en el de azar no tiene, objetivamente, ninguna relación el hecho o experiencia de jugar más o menos tiempo, incluso años, con el

resultado del juego, dado que se llama de "azar" precisamente porque el resultado del mismo sólo sigue las leyes del azar. Los juegos de azar que acarrear problemas clínicos al sujeto implican también una apuesta monetaria por medio.

Frecuentemente se habla de tipos de jugadores. Según las clasificaciones hechas por varios autores en España (ej. Becoña, 1993a; González, 1989; Ochoa y Labrador, 1994; Labrador y Becoña, 1994; Rodríguez-Martos, 1987), se pueden considerar cinco: el no jugador, el jugador social (aquel que juega por placer y controla totalmente su conducta de juego), el jugador problema (aquel que juega en exceso, que mantiene un cierto control sobre su conducta de juego, no tiene problemas graves por su conducta de juego, pero está cercano a la conducta del jugador patológico), el jugador patológico (aquel jugador que ha perdido el control sobre el juego y se ve afectado gravemente en su esfera personal, familiar y social) y el jugador profesional (aquel jugador que vive del juego).

Los intereses económicos que existen en torno al juego son hoy muy importantes y éste, claramente, se ha convertido en una de las actividades más importantes del país, dando empleo a miles y miles de personas y manejando anualmente esta industria 3,4 billones de pesetas. En suma, la disponibilidad y acceso al juego ha sido, y sigue siendo, uno de los principales responsables del incremento tan exagerado del número de jugadores patológicos en España (Labrador y Becoña, 1994).

Desde la perspectiva epidemiológica, los estudios realizados en otros países muestran cómo en Estados Unidos hay, dependiendo de cada Estado, entre un 1.5 %, y un 2 %, de jugadores patológicos adultos, como ha revisado recientemente Volberg (1993), que en jóvenes y adolescentes sube a un porcentaje entre el 4 % y el 6 % (ej. Jacobs, 1989; Lesieur, Cross, Frank et al., 1991); esto es, el doble o triple que en adultos. Lo mismo ocurre en Canadá (Ladouceur y Mireault, 1988) y Reino Unido (Fisher, 1993b; Griffiths, 1995) para los adolescentes, aunque en adultos en Canadá la prevalencia es del 1.2 % (Ladouceur, 1991) y en Australia aún menor (Dickerson y Hinchy, 1988).

Hasta el presente, se han realizado seis estudios sobre la prevalencia del juego patológico en España, como mostramos en la tabla 2. Como se ve en el resumen de estudios que se presenta en la misma, la prevalencia oscila del 1.4 % al 1.9 %. De estos datos y extrapolando los de otros países semejantes, han llevado a Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo (1995) a estimar la tasa de jugadores patológicos en España de 18 o más años en un 1.5 % y la de los jugadores problema en un 2.5 %, siempre considerando estos porcentajes conservadores. Esto significaría que el número de jugadores patológicos sería de 450.000 y el de jugadores problema de 750.000. La prevalencia de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras estaría sólo para ellos, entre el 1.2 % y el 1.3 %; esto significaría que unas 350.000 personas serían jugadores patológicos de máquinas tragaperras.

Por su relevancia, y como síntesis de parte de lo que conocemos sobre nuestros jugadores patológicos, las características descriptivas más importantes de ellos, tal como se recogen en distintas revisiones y estudios sobre esta temática (ej., Becoña, 1993a; 1995; Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994; García, Díaz y Aranda, 1993; Legarda et al., 1992; Ochoa y Labrador, 1994), sobre todo referidas a características sociodemográficas, son las siguientes:

Tabla 2. Estudios de prevalencia del juego patológico en España

Estudio	N	Jugador patológico	Jugador problema	Muestra
Cayuela (1990)	1.230		2.5 %	Representativa de Cataluña
Becoña (1991, 1993)	1.615	1.7 %	1.6 %	Representativa de las siete principales ciudades de Galicia
Legarda, Babio and Abreu (1992)	598	1.7 %	5.2 %	Representativa de la ciudad de Sevilla
Becoña y Fuentes (1994)	1.028	1.4 %	2.0 %	Representativa de Galicia
Irurita (1996)	4.977	1.7 %	3.3 %	Representativa de Andalucía
Tejeiro (1998)	419	1.9 %	3.8 %	Representativa de Algeciras

(1) Indica con el SOGS el dato de un 2.5 % para la combinación de los jugadores patológicos y jugadores problema.

- Hay dos hombres por cada mujer jugadora patológica.
- Predominan los jugadores patológicos entre los más jóvenes (el 40 % de todos tiene entre 18 y 30 años).
- Tienen menor nivel educativo.
- Hay aproximadamente la misma cantidad de solteros que de casados.
- Tienen menos ingresos económicos.
- Su ocupación laboral es semejante a la del resto de la población no jugadora. No existe, por tanto, un patrón característico de asociación entre una determinada profesión y un mayor nivel de juego. Sin embargo, los más castigados socialmente por los problemas de juego, dada su situación social, personal y económica, son las amas de casa, los parados, los jubilados y los que tienen empleos eventuales, aun cuando el juego afecta a todas las clases sociales.
- Juegan predominantemente a las máquinas tragaperras (en el 75 % de los casos es el juego predominante).
- Cuanto mayor es la ciudad de residencia, mayor es el número proporcional de jugadores patológicos.

- Los que acuden a tratamiento son fundamentalmente varones (relación 9 a 1), en torno a 40 años de media de edad, casados (70 %), con estudios primarios (90 %), la mitad con trabajo fijo y con bajos ingresos económicos.

Estos datos son semejantes a los indicados en otros países, como por ejemplo Estados Unidos (Volberg, 1993) o Canadá (Ladouceur, 1991), en estudios realizados en la población general. De igual modo, los resultados que existen sobre los jugadores patológicos que acuden a tratamiento en España (ej., Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994; García, Díaz y Aranda, 1993; Legarda et al., 1992) son también semejantes a los encontrados sobre las personas que acuden a tratamiento en otros países (ej. Volberg y Steadman, 1988).

Pero si el juego patológico es un grave problema en adultos no lo es menos en jóvenes y adolescentes. Distintos estudios realizados en países anglosajones, indican que la prevalencia en jóvenes y adolescentes está entre el 1,7 % del estudio de Ladouceur y Mireault (1988) al 8 % de Lesieur et al. (1991) en el estado de Nueva York. Este último es el estudio más completo, en donde los autores obtuvieron prevalencias del juego patológico en estudiantes de enseñanza secundaria o universitaria, entre el 4 % y el 8 %, dependiendo del estado norteamericano en donde se hizo el estudio. Claramente estos resultados son dos o tres veces mayores que la prevalencia obtenida en adultos.

En España únicamente disponemos de los estudios parciales de Becoña y Gestal (1996) y Villa, Becoña y Vázquez (1997) y Becoña (1997). Becoña y Gestal (1996) y Villa et al. (1997), utilizaron el cuestionario de Fisher (1993b) para adolescentes, el DSM-IV-J. Sus ítems se basan en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) adaptados para adolescentes. En el estudio de Becoña y Gestal (1996) utilizaron una muestra representativa de los escolares del segundo ciclo de EGB de la ciudad de la Coruña (N=1.200), encontrando una prevalencia del 2.2 % de jugadores patológicos de máquinas tragaperras. Curiosamente, este estudio viene a mostrar resultados semejantes a los de otros países en lo que se refiere a una prevalencia mayor que la encontrada en adultos. Pero, sorprendentemente, igual que ocurre en otros países, teóricamente estos niños no pueden jugar porque no tienen la edad legal para hacerlo, dado que las edades estaban comprendidas entre 11 y 16 años. A diferencia de los resultados en adultos, la relación por sexos es de un 15 % de chicas y un 85 % de chicos.

En el estudio de Villa et al. (1997), realizado con una muestra representativa de 2.185 estudiantes de Gijón de 11 a 16 años encuentra con el DSM-IV-J de Fisher (1993) una prevalencia de jugadores patológicos del 1.6 %, con una relación de 2:1 favorable a los varones y un mayor incremento en los problemas de juego en relación con la mayor edad. Finalmente, en el estudio de Becoña (1997) con el SOGS-RA de Winters, Stinchfield y Fuklerson (1993), que es la versión del SOGS para adolescente, encontró una prevalencia del 2.4 % para una muestra representativa de estudiantes de 11 a 14 años de la ciudad de la Coruña.

Claramente, tanto los estudios realizados en otros países, Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, como en el nuestro vienen a mostrar la alta prevalencia del trastorno del juego patológico en jóvenes. Esto ayuda a explicar el por qué de tan alta prevalencia en adultos jóvenes (de 18 a 30 años), al tiempo que abre la voz de alarma ante una prevalencia tan elevada e indica la necesidad de conocer más profundamente el proceso por el que pasa la adquisición, mantenimiento y abandono del juego patológico.

Psicopatología del juego patológico.

Los errores cognitivos como base para el mantenimiento del problema.

Los errores cognitivos están en la base de la aparición y mantenimiento de los problemas de juego en muchos jugadores patológicos. Los jugadores patológicos confunden el azar con la habilidad en el juego. Además, los jugadores hablan, como muchos otros ciudadanos en nuestro país, de la suerte. Cuando un jugador, o cualquier otra persona, piensa que tiene "suerte" ello viene a significar que cree y está seguro de que está dotado de una cualidad especial, no posible de definir, y mágica, llamada "tener suerte", que él posee y que otras personas no. Partiendo de tal creencia piensan que, a pesar de que los juegos se rigen por el azar, ellos tienen ese "don", el de la "suerte", que les va a permitir desafiar las reglas del azar y ganar en el juego de azar.

Esto se ha estudiado bajo la denominación científica de "ilusión de control", o "percepción de ilusión de control", tal como lo definió Langer (1975); esto es, el individuo, en situación de juego, recurrirá a sus habilidades o a su destreza y desarrollará unas estrategias para vencer al azar que nadie más que él posee, para vencer al azar y ganar. Así, sobrevalorará sus posibilidades subjetivas de ganar. La ilusión de control es uno de los errores cognitivos o creencias presentes en la mayoría de los jugadores patológicos y que les lleva a persistir en el juego (Wagenaar, 1988). Con ello sobrevaloran sus posibilidades subjetivas de ganar y, subjetivamente, piensan que ganan siempre al centrarse sólo en los premios y no en lo invertido y, de este modo, se les va reforzando su conducta y se incrementa su nivel de creencia en sus habilidades (inexistentes objetivamente) y en su "suerte". A ello subyace la dificultad que como humanos tenemos de asumir que el azar exista dado que a todo tratamos de buscarle una explicación, explicación que deseamos que se fundamente en cualquier cosa menos en el azar. En las loterías, donde los números salen aleatoriamente, esto se aprecia claramente. La persona que elige el número tiene la misma probabilidad de que le toque que si se lo dan sin saber cuál es. Sin embargo, la persona quiere elegir el número (ilusión de control de que sabe qué número es bueno y va a tocar) y, si lo elige, la probabilidad de que le toque se debe sólo al azar y no a que lo haya o no elegido. En las máquinas tragaperras, la ilusión de control está presente tanto en la observación de los jugadores previos, de la cantidad que lleva jugando como de que puede manipular los mandos de la máquina. Y, conforme juega más, y en tiempos cada vez más cercanos entre sí, más se le incrementa la ilusión de control sobre ese juego. Distintos estudios han mostrado claramente este

fenómeno (Gaboury y Ladouceur, 1989; Wagenaar, 1988; Walker, 1992). Así, cuando un jugador está delante de una máquina tragaperras, el 75 % de sus verbalizaciones son irracionales, inadecuadas o erróneas, negando el azar como responsable del desenlace del juego (ej., Gaboury y Ladouceur, 1989). Posteriormente estas percepciones erróneas se hacen automáticas. El azar dejó de existir para ellos. Todo lo achacan a su habilidad.

Estos errores cognitivos u otros que se han indicado como atribuciones diferenciales en función del resultado, sesgo confirmatorio, toma de decisión experiencial, etc. (Labrador y Fernández-Alba, 1998; Robert y Botella, 1994), tienen un importante peso en los jugadores patológicos y en el mantenimiento de su conducta de juego.

Juego patológico y depresión.

Es indudable que el juego influye en el estado emocional de la persona que realiza esta conducta. Los múltiples problemas que acarrea el juego pueden producir problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o descontrol, etc.

En los jugadores patológicos, como ocurre con otras personas con trastornos adictivos, suele ser normal encontrar una puntuación elevada en las escalas de depresión de distintos cuestionarios, como el MMPI, BDI, SADS, SCL-90, etc. (ej., McCormick y Taber, 1988). En distintos estudios que hemos realizado (Becoña, 1993a; Becoña, Lorenzo y Fuentes, 1996), con el BDI, un 20 % de los jugadores patológicos tenían una puntuación de 18 o más en el mismo (probable depresión), a diferencia de la muestra de control, donde había un 9 %. En el estudio de García, Díaz y Aranda (1993), con jugadores patológicos en tratamiento, el 16 % cumplía los criterios diagnósticos de depresión mayor, y el 41 % manifestaba haber tenido episodios depresivos antes de acudir al tratamiento. También un 5 % de la muestra había intentado suicidarse sin conseguirlo.

Todo lo anterior sugiere, por tanto, que un porcentaje importante de los jugadores patológicos tiene asociados problemas de depresión. En cambio, no hay un total acuerdo si la depresión es previa o posterior al problema de juego y sobre esta cuestión se han planteado hipótesis opuestas. Se ha sugerido que el juego puede servir para aumentar el estado de ánimo (Roy, Custer, Lorenz y Linnoila, 1988). Sin embargo, actualmente parece ser que la depresión surge a causa de los problemas que ocasiona el juego (McCormick y Taber, 1988), que en casos extremos puede llevar al individuo al suicidio, al no ver una salida a su problema y al verse imposibilitado de controlarse por sí mismo o no saben a dónde acudir en busca de ayuda (Lesieur, 1984).

Juego patológico y trastornos de personalidad.

Sistemáticamente se encuentran asociados otros trastornos al del juego patológico, como desde los primeros tiempos se ha indicado acerca de distintos trastornos de personalidad, concretamente el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de personalidad narcisista.

El trastorno de personalidad antisocial ha estado unido al juego patológico desde sus inicios. Así, en el DSM-III, cuando se producía un diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial quedaba excluido hacer el diagnóstico de juego patológico. En este caso había diagnóstico único, no principal y secundario. Sin embargo, no había acuerdo entre los clínicos sobre este aspecto, ya que se asumía que en la mayoría de los casos eran entidades clínicas distintas y ello favoreció que en el DSM-III-R ya apareciesen como tales. Así, el DSM-III-R permitía hacer ambos diagnósticos, como ocurre igualmente en el DSM-IV.

El trastorno de personalidad narcisista, como otros trastornos que pueda tener asociado el jugador patológico, ha sido apuntado por Rosenthal (1987), aunque más desde una perspectiva clínica que empírica.

Asociación del juego patológico con otras conductas adictivas.

Existe una importante relación entre juego patológico y consumo excesivo de alcohol, tanto en otros países como en el nuestro. Lesieur (1984), en su libro *The chase*, indicó que un 15 % de los jugadores patológicos también eran personas adictas al alcohol y/o a las drogas ilegales. Esta relación ha aparecido consistentemente en muchos estudios. Quizás sea el estudio de Ramírez, McCormick, Russo y Taber (1983) el que ha analizado en Estados Unidos más detenidamente esta cuestión. Utilizando una muestra de jugadores en tratamiento, encontraron que el 39 % de ellos, en el año anterior, cumplían los criterios para ser considerados dependientes del alcohol y/o drogas ilegales. También aparecía una relación entre juego patológico y tener padres con problemas de alcohol o drogas, que llegaba a ser la mitad de los casos. Una replicación de este estudio (McCormick, Russo, Ramírez y Taber, 1984) volvió a encontrar resultados semejantes: un 36 % de los jugadores patológicos, al mismo tiempo, cumplían los criterios de abuso del alcohol y/o drogas ilegales. Estudios posteriores (Ciarrocchi y Richardson, 1989; Lesieur, 1988) han encontrado resultados semejantes.

En España la situación es semejante, mostrándose cómo el 25 % de los jugadores patológicos de la población consumen 100 cc. o más de alcohol, cuando en el resto de la población sólo encontramos un 5 % con ese alto consumo de alcohol (Becoña, 1993a). Rodríguez-Martos (1991), analizando el número de jugadores patológicos en aquellas personas diagnosticadas como dependientes del alcohol encuentra un 15 %, que está en el margen del 7 % al 25 % indicado en la revisión de Lesieur y Rosenthal (1991).

Hasta hace pocos años no se hacía una consideración del tabaco como una droga, aunque

este hecho hoy está claro (Becoña y Vázquez, 1998). Dada la relación que existe entre juego patológico y consumo excesivo de alcohol, y dada la interrelación entre consumo de alcohol, tabaco y café (Istvan y Matarazzo, 1984), es de esperar una relación importante entre consumo de tabaco y juego patológico. Los resultados que hoy existen indican tal relación. Así, en el estudio de Becoña (1993a), mientras que un 36.3 % de la muestra fumaba, subía a un 75 % en los jugadores patológicos. Y, entre los jugadores patológicos que fumaban, había una mayor proporción de fumadores más dependientes que en la población (ej., 7.2 % en la población y 17.9 % en los jugadores patológicos que fumaban 26 o más cigarrillos día). Esto sugiere, por tanto, que el abuso de sustancias, en este caso el consumo de tabaco, se asocia igualmente al juego patológico en grado importante, de tal modo que 3 de cada 4 jugadores patológicos fuman, mientras que en la población sólo fuma uno de cada tres.

Otros trastornos asociados.

En el juego patológico, junto a los problemas o trastornos asociados ya analizados, pueden estar presentes otros. Para ejemplificarlo nos vamos a centrar en un estudio de nuestro medio que analiza esta concreta cuestión. García, Díaz y Aranda (1993), con una amplia muestra de jugadores patológicos, 254, de los que la mayoría eran varones, 210, y el resto mujeres, encontraron una clara incidencia en depresión, un 49 % por encima del percentil 75 en el cuestionario ISRA de Miguel-Tobal y Cano (1988) que evalúa ansiedad; un 39 % tenían trastornos psicosomáticos del tipo de cefaleas, migrañas, trastornos del aparato digestivo y alteraciones del ciclo vigilia-sueño, aunque con un mayor predominio en mujeres (77 %) que en hombres (23 %); un 13 % tenía problemas con el alcohol; un 11 % de las mujeres tomaba ansiolíticos automedicados; los conflictos familiares son muy frecuentes, del 91 % en los jugadores varones y del 82 % en las mujeres; los problemas económicos causados por el juego se dan en casi todos los casos, afirmándolo el 82 % de los familiares del jugador varón y el 96 % de los familiares de la jugadora; el 41 % de los varones tienen deudas que en las mujeres se da en el 17 %; las mujeres se endeudan más con miembros de la familia y los hombres fuera de este contexto; un 15 % de la muestra ha tenido problemas judiciales debidos al juego; el 26 % de la muestra entra en la categoría de amas de casa, estudiantes y pensionistas; la mitad reconoce haber tenido problemas en el trabajo por jugar, sufriendo el 24 % del total sanciones por no haber ido a trabajar y un 14 % ha tenido al menos un despido por jugar. En el caso de las mujeres casadas la no atención a las tareas del hogar les acarrea frecuentes discusiones con sus maridos, posteriormente malos tratos y quedando la puerta abierta a la ruptura de la relación.

Creemos de interés indicar que los jugadores patológicos sufren en algunas ocasiones síntomas de abstinencia al dejar de jugar de modo semejante a lo que les ocurre a los adictos a sustancias psicoactivas.

Estos síntomas están presentes en la mitad de los jugadores patológicos que dejan de jugar. Los más importantes son insomnio, cefaleas, trastornos digestivos o diarrea, pérdida del apetito,

palpitaciones. Igualmente, tienen en los días sucesivos a dejar de jugar un deseo intenso de volver a jugar y se sienten irritables por no poder jugar (Wray y Dickerson, 1981). Rosenthal y Lesieur (1992) han estudiado los síntomas de abstinencia por los que pasan los jugadores patológicos en una amplia muestra de 222 jugadores patológicos junto a otra muestra control de 104 personas dependientes de sustancias (alcohol o drogas ilegales). Destaca en este estudio cómo el 24 % de los jugadores patológicos se consideran a sí mismos como alcohólicos y el 18 % como adictos a drogas. El 65 % de los jugadores patológicos han experimentado al menos uno de los siguientes síntomas de abstinencia psicósomáticos: insomnio (50 %), dolor de cabeza (36 %), trastornos de estómago o diarrea (34 %), pérdida de apetito (29 %), debilidad física (27 %), corazón acelerado o palpitaciones (26 %), temblor (19 %), calambres o dolores musculares (17 %), dificultad en respirar (13 %), sudoración (12 %), estremecimiento o fiebre (6.5 %). Además, el 91 % de los jugadores indicaron que experimentaron "craving" (vs. 1 % en los controles) y el 87 % se sintieron inquietos e irritables cuando disminuyeron o dejaron de jugar (vs. 6 % de los controles). Sólo el 4 % de los jugadores patológicos (vs. 92 % de los controles) indicaron no haber experimentado ni síntomas de abstinencia fisiológicos ni psicológicos.

Los problemas familiares.

La vida en familia de un jugador patológico se puede definir por "un infierno". Si es varón, su mujer piensa inicialmente que la engaña con otra al no explicar adecuadamente la falta de dinero a pesar de que ella conoce lo que gana mensualmente. Luego ella niega el problema y, finalmente, muchas caen en una fase depresiva y de desesperanza (Franklin y Thoms, 1989).

Cuando es la mujer la jugadora patológica, el hombre es menos tolerante y si ella no deja el juego al enterarse su marido, con más probabilidad que en el caso contrario, corre el riesgo de quedarse sola, al abandonarla su marido (Franklin y Thoms, 1989). Aparte, ella sufre problemas de depresión y de trastornos psicósomáticos (RodríguezMartos, 1987) así como disfunciones sexuales (Ochoa y Labrador, 1994).

La familia, en suma, sufre los efectos de la conducta de juego en alguno de sus miembros, llevando a muchas de ellas a su destrucción (Custer y Milt, 1985). La evidencia de este hecho se aprecia en el desarrollo de distintos programas de intervención, no ya para los jugadores patológicos sino para sus familias (ej. Heineman, 1992) y la existencia de la Asociación *Gam-Anon*, dedicada a las esposas de los jugadores patológicos.

Quien sufre las consecuencias de todo esto son, si los hay, los hijos. Aprecian un ambiente extraño, con regalos exagerados por parte de su padre jugador en unas ocasiones, y graves problemas de dinero en otras. Ello repercute en el rendimiento escolar y en el proceso de socialización (Franklin y Thoms, 1989). De adultos, probablemente tendrán trastornos que arrancarán de esta fase de su vida y tendrán problemas para el manejo del dinero y la realización

de presupuestos en su vida adulta (McCormick y Taber, 1987).

La espiral de deterioro del jugador patológico.

El jugador patológico pasa por varias fases en su proceso de juego, las cuatro primeras propuestas por Custer (1984) y descritas ampliamente en Custer y Milt (1985): las denominadas con los nombres de fase de ganancia, fase de pérdida y fase de desesperación, junto con una cuarta fase sugerida por Lesieur y Rosenthal (1991) que han denominado fase de desesperanza o abandono.

En la “fase de ganancia” el jugador va ganando "subjetivamente" al tiempo que apuesta, dado que es más consciente de lo que gana que de lo que gasta y pierde en el juego. Las ganancias le producen una gran excitación y expectativas de que puede ganar mucho dinero a través del juego. De ahí que cada vez arriesgue más y, consiguientemente, pierda más y más dinero. En la célebre novela de Dostoyeski (1866/1977) “El jugador” aparece magistralmente descrita esta fase a lo largo de muchas de sus páginas.

La “fase de pérdida” sigue a la de ganancia, al haber ido arriesgando cada vez más y más e ir perdiendo. En esta fase no juega para ganar sino para recuperar lo perdido, para cazar las pérdidas en palabras de Lesieur (1984). Es cuando se suele ver obligado a confesar a su familia o amigos su problema de juego. Si consigue dinero o su familia le paga las deudas, continúa jugando. En esta fase arriesga más para intentar recuperar lo perdido y de este modo va entrando en una espiral cíclica de juego: cada vez pierde más y ello le obliga a jugar más para intentar recuperar el dinero que cada vez pierde en mayor cantidad.

En la “fase de desesperación” el juego alcanza gran intensidad, viviendo sólo para jugar. Puede perder el trabajo, empeñar, vender o hipotecar bienes, falsificar cheques, mentir. Su único objetivo es jugar. Vive sólo para jugar. Los problemas familiares pueden hacerse insostenibles, puede tener problemas con la ley. Se siente psicológica y fisiológicamente agotado; es decir, desesperado. Se siente incapaz de devolver el dinero pedido, sustraído o hipotecado. El juego le puede permitir recuperar el dinero pero, conforme sigue jugando, cada vez pierde más dinero y se aleja más de su inalcanzable objetivo.

En la “fase de desesperanza” o abandono el jugador asume que nunca podrá dejar de jugar. Se ve impotente y como un ser descontrolado. Por ello vive sólo para jugar porque cree que haga lo que haga no va a poder detener su conducta de juego. Se ve como un enfermo incurable y acabado.

Esto se ejemplifica con la denominada espiral cíclica (de deterioro), sugerida por Lesieur (1984), en donde el jugador va poco a poco hacia un pozo sin fondo, donde conforme la luz del pozo va poco a poco siendo más tenue, el fondo sigue sin verse y parece que está mucho más

abajo de lo que se esperaba. Esta metáfora se aprecia claramente en casi todos los jugadores patológicos.

Evaluación.

En el momento presente, y como consecuencia de lo reciente del interés por el tema, existen pocos instrumentos para la evaluación del juego patológico. En castellano puede verse en Becoña (1996a), Echeburúa y Báez (1994a) y Ochoa y Labrador (1994) algunos de ellos. Para la intervención clínica los más relevantes son la entrevista conductual, escalas para evaluar la dependencia del juego y características del mismo, autorregistros, junto a otros instrumentos para evaluar características relacionadas con el juego como ansiedad, depresión, dependencia de sustancias psicoactivas, etc.

Existen distintas entrevistas estructuradas o semiestructuradas para evaluar aspectos generales o específicos sobre el juego (cfr., Becoña, 1993a; Echeburúa y Báez, 1994a; Ochoa y Labrador, 1994). Cobra gran relevancia evaluar desde el principio la motivación del jugador para el cambio de su conducta, dado que va a ser un elemento básico para la efectividad o no del tratamiento (Maurer, 1994).

Dentro de cuestionarios y escalas para evaluar el juego patológico, destaca claramente el *South Oaks Gambling Screen*, abreviadamente SOGS, de Lesieur y Blume (1987). Consta de 20 ítems y se adaptaba a los criterios del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). El contenido de los ítems evalúa cuestiones de relación, conducta de juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o para pagar deudas y las emociones implicadas. Tiene un punto de corte de 5 o más afirmaciones para el probable jugador patológico y 3 ó 4 afirmaciones para el probable jugador problema. Para su validación se utilizaron miembros de Jugadores Anónimos, estudiantes y empleados de un hospital. Los resultados indicaron que el 98 % de los miembros de Jugadores Anónimos eran jugadores patológicos, con sólo un 2 % de falsos positivos; un 5 % de los estudiantes y un 1.3 % de los empleados del hospital eran jugadores patológicos. Este cuestionario es un instrumento válido y fiable para el screening de poblaciones de jugadores problema y además es de fácil aplicación, lo que permite ser utilizado en encuestas telefónicas o de rápida aplicación (cfr., Lesieur y Blume, 1993). Varios de los estudios de prevalencia han utilizado el SOGS como instrumento de medición, tanto en otros países (ej., Ladouceur, 1991; Volberg, 1993) como en España (Becoña y Fuentes, 1994; Cayuela, 1990; Legarda et al., 1992) y se utiliza habitualmente como un instrumento de screening o clínico en el tratamiento (ej., Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994).

De la última versión del SOGS (Lesieur y Blume, 1992) hay una traducción literal del mismo en castellano (Lesieur, 1993) y adaptaciones del mismo (Becoña y Fuentes, 1994; Echeburúa, Báez y Páez, 1994). Dentro de la evaluación del juego patológico se ha utilizado con frecuencia,

en el pasado, cuestionarios y escalas derivadas de los criterios diagnósticos del DSM-III y DSM-III-R como, igualmente, se sigue haciendo a partir del DSM-IV (cfr. Becoña, 1993a).

Los autorregistros son un instrumento de amplia utilización para evaluar la conducta del jugador. Incluyen aspectos referentes al juego, gasto en juego, pensamientos, antecedentes y consecuentes, etc.

Otras escalas que se han utilizado (cfr., Becoña, 1996a; Echeburúa y Báez, 1994a; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; García et al., 1993; González, Mercadé, Aymamí y Pastor, 1990; Martínez-Pina, Guirao, Fusté, Serrat, Martín y Moreno, 1991) se han orientado a analizar otros trastornos o problemas asociados con la conducta de juego, en la línea de lo ya analizado en el punto anterior de características clínicas. Las más relevantes atañen a la evaluación de la depresión, ansiedad, búsqueda de sensaciones, consumo de sustancias psicoactivas, especialmente alcohol, etc.

Tratamiento.

El tipo de tratamientos aplicados al juego patológico ha experimentado una gran evolución. Hasta los años 50 han predominado los enfoques psicodinámicos y psicoanalíticos, hoy en día totalmente descartados. En los años 60 aparecen los primeros tratamientos conductuales. En los años 70 y 80 se desarrollan los programas de amplio espectro dirigidos a modificar distintos aspectos alterados en el jugador patológico, basados esencialmente en procedimientos de modificación de conducta. Por último, en los años 90 se centra el interés en los enfoques cognitivo-conductuales y en los programas multicomponentes.

En el momento actual, en España, habría las siguientes posibilidades de intervención o lugares a donde acudir una persona con problemas de juego: 1) *Grupos de autoayuda*. Estos grupos han surgido a través de las Asociaciones de Jugadores Rehabilitados o en Rehabilitación. 2) *Centros de Salud Mental, Unidades de Conductas Adictivas o Unidades de Alcoholismo*, en donde tratan este trastorno o tienen programas para ellos. 3) *Centros Hospitalarios o Centros Universitarios* que tienen programas específicos para jugadores patológicos. 4) *Centros privados*. En los centros privados de psicólogos y psiquiatras cada vez más ven este trastorno, al incrementarse el número de personas con el mismo y acudir a los profesionales especializados para su tratamiento.

Dentro de los programas de tratamiento se consiguen de moderados a buenos resultados a largo plazo, y claramente mejores que los que se obtienen en el tratamiento de otras conductas adictivas. Cuanto antes acuda y cuantos menos años lleve padeciendo el problema, mejor. La realidad nos muestra cómo muchos jugadores acuden a tratamiento después de 10 ó 15 años arrastrando su problema. Por ello, el mensaje principal a transmitir, tanto a los jugadores como a las personas de su entorno, es que observen si hay un problema de juego y, si lo hay, acudan lo

antes posible en busca de ayuda profesional para solucionar el mismo.

En la actualidad disponemos de distintos programas de intervención que nos permiten ver el tratamiento del juego patológico de modo más optimista que hace unos años. En distintas revisiones de los últimos años pueden verse éstos (ej. Becoña, 1996a; Blaszczynski, 1993; Echeburúa y Báez, 1990, 1994b; Labrador y Fernández-Alba, 1998; Ladouceur, 1993; Ladouceur y Walker, 1998; López, 1998; López y Miller, 1997; Ochoa y Labrador, 1994; Walker, 1992). Pueden agruparse de modo genérico en terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, terapia farmacológica, grupos de autoayuda, juego controlado y otros tratamientos. Igualmente, no debe olvidarse la necesidad de intervenir en los otros problemas asociados a los problemas de juego.

De los distintos tratamientos existentes, destacaríamos los tratamientos conductuales o cognitivo-conductuales multicomponentes. En estos programas se combina un grupo de técnicas que han mostrado ser eficaces, bien en dichos programas o separadamente en cada uno de ellos (Echeburúa y Báez, 1994b; Labrador y Fernández-Alba, 1998). En éstos, los componentes más importantes de los mismos son (Ladouceur, 1993): información sobre el juego; registro de su conducta de juego; toma de conciencia de los pensamientos distorsionados y percepciones erróneas sobre el juego y cambio de las mismas; entrenamiento en solución de problemas; exposición a la situación de juego y entrenarlo en prevenir la ejecución de dicha conducta; entrenamiento en prevención de la recaída. Igualmente, se le aplicaría cualquier tratamiento necesario para aquellos otros trastornos añadidos al del juego, con abuso del alcohol, depresión, ansiedad, problemas maritales, etc.

Terapia de conducta.

La perspectiva conductual entiende el juego patológico como una conducta desadaptativa aprendida que puede ser desaprendida (Blaszczynski, 1993; Blaszczynski y Silove, 1995). Algunas de las técnicas derivadas de estos principios han mostrado ser de las más efectivas para el tratamiento (López, 1998). Entre ellas destacan las aversivas, manejo de contingencias, control de estímulos, exposición en vivo, desensibilización imaginaria, etc. Además hoy, en los programas multicomponentes, suelen utilizarse la mayoría de este tipo de técnicas.

Las técnicas aversivas han sido utilizadas ampliamente en todas las conductas adictivas, especialmente en el alcoholismo y tabaquismo en la década de los 70. Aunque al principio se utilizaban descargas eléctricas, posteriormente han sido sustituidas por la sensibilización encubierta y luego utilizadas dentro de programas multicomponentes (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983). La desensibilización imaginada (ej. McConaghy et al. 1983) ha mostrado ser sumamente efectiva en Australia para los jugadores patológicos de carreras de caballos. En esta técnica, el jugador tiene que describir varias situaciones de juego, imaginárselas

pero sin llegar a consumirlas. Luego se les enseña a relajarse y en este estado se imaginan las distintas escenas, cuatro en el formato original de esta técnica. Tal como se ha demostrado con esta técnica, ésta apoya la teoría de que la conducta de juego está mantenida por la ansiedad suscitada por la anticipación cognitiva de una conducta de juego (Blaszczynski, 1993).

Otra técnica que ha mostrado ser sumamente efectiva, especialmente para la adicción a las máquinas tragaperras y al bingo, es la exposición en vivo con prevención de la respuesta y control de estímulos. Con ella se expone al jugador a la situación problema, como son las máquinas tragaperras, los bares, etc., en vivo (estando el jugador realmente en la misma), entrenándole a que al mismo tiempo se prevenga de llevar a cabo su conducta habitual, jugar. Con la técnica de control de estímulos, el sujeto es entrenado para que no emita la conducta en aquellas situaciones estimuladas en que las lleva a cabo, o que no lleve a cabo la conducta prelude al problema; ej., no ir por las calles de la ciudad en las que están sus bares favoritos, ante los que suele sentir una necesidad irrefrenable de entrar y jugar (Becoña, 1996a, 1996b, 1996c; Echeburúa y Báez, 1994b).

Terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitiva se orienta a cambiar las creencias y pensamientos inadecuados, que en los jugadores patológicos tienen, como ya hemos visto, gran importancia. Sin embargo, dichas técnicas se han utilizado fundamentalmente dentro de lo que nosotros denominamos programas multicomponentes (Ladouceur, 1993; Walker, 1992), aunque en la actualidad empiezan a aparecer bajo la denominación de terapia cognitivo-conductual (ej. Ladouceur y Walker, 1998; López, 1998).

El principio subyacente es que la conducta de juego está mantenida por cogniciones desadaptativas que llevan a la persona a jugar por la percepción errónea de su conducta de juego y de sus resultados. Cambiar esas creencias se convierte así en un elemento fundamental de la terapia.

Como ya indicamos, destacan por su eficacia los programas cognitivo-conductuales multicomponentes. En ellos se combina un grupo de técnicas que han mostrado ser eficaces, bien en dichos programas o separadamente cada una de ellas (Echeburúa y Báez, 1994b; Labrador y Fernández-Alba, 1998).

Como un ejemplo, Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1994, 1996) presentan el primer estudio controlado realizado en España en el tratamiento del juego patológico, comparando la eficacia de distintos programas de intervención: 1) un tratamiento individual de control de estímulos y de exposición con prevención de la respuesta, 2) un tratamiento de terapia de grupo cognitivo-conductual, 3) un tratamiento combinado de 1) y 2), y 4) un grupo control de lista de espera. Los resultados indicaron que a los seis meses el porcentaje de éxito fue del 75 %

en el grupo 1, del 62,5 % en el grupo 2, del 37,5 % en el grupo 3 y del 25 % en el grupo 4 de control. El criterio de éxito utilizado fue la abstinencia de juego en los anteriores 6 meses o la ocurrencia máxima de dos episodios de juego en ese período de tiempo, siempre que no representase el gasto total más de lo que gastaba en una semana en la fase previa del tratamiento. A los 12 meses (Echeburúa et al., 1996) los resultados eran semejantes, con una eficacia del 68.8 % de abstinencia para el primer grupo y del 37.5 % para los otros grupos. El tratamiento con mejores resultados está publicado en formato de manual de tratamiento en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Igualmente destacaríamos el programa de Ladouceur (cfr. Ladouceur, 1993; Ochoa y Labrador, 1984). En uno de sus estudios trataron jugadores patológicos adolescentes (Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1994) con un programa de cinco componentes: información sobre el juego, intervenciones cognitivas, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de la recaída.

Este estudio destaca dentro de la intervención cognitiva por el procedimiento desarrollado por Ladouceur, consistente en registrar sus verbalizaciones en situaciones de juego real en el laboratorio, analizar sus creencias erróneas y verbalizaciones inadecuadas y, posteriormente, ir las corrigiendo utilizando reestructuración cognitiva. Ladouceur, en distintos estudios, (ej. Gaboury y Ladouceur, 1989) ha mostrado cómo en torno al 75 % de las verbalizaciones de los jugadores, tanto normales como patológicos, son erróneas respecto al azar; de ahí la incidencia en este aspecto que viene a ser uno de los centrales, tanto para que la persona deje de jugar como para que posteriormente se mantenga sin jugar, si es capaz de pasar de realizar verbalizaciones. Para ello utiliza el procedimiento de pensar en voz alta, el cual consiste en que los jugadores expresen en voz alta e inteligible todo lo que se dicen cuando están en la situación de juego, incluso todo aquello que pueda parecer fuera de lugar, grosero o no pertinente (Ladouceur, 1993). Con este procedimiento es posible categorizar las verbalizaciones grabadas y posteriormente analizadas con el sujeto en racional/adecuado o irracional/inadecuado y si tienen o no en cuenta el azar como determinante del juego.

En el trabajo de Ladouceur et al. (1994), como igualmente ya apuntó previamente (Ladouceur y Mercier, 1984), la autoconciencia es una condición o prerequisite para la modificación de conducta y, especialmente, cuando la conducta es automática. De igual modo incide en la importancia que tienen las estrategias de prevención de la recaída.

Recientemente, en el estudio de Silvain, Ladouceur y Boisvert (1997) y en las revisiones de Ladouceur y Walker (1998a, 1998b), se puede ver cómo el programa desarrollado en los últimos años por Robert Ladouceur y su equipo es eficaz. Al final del tratamiento, el 86 % no cumplían los criterios para el juego patológico (por tanto mejorados) y, al año, el 57 %, utilizando el criterio más conservador, seguían sin ser jugadores patológicos (con un criterio flexible sería del

80 %).

En Becoña (1996c) y Labrador y Fernández-Alba (1998) puede verse un programa de tratamiento para los jugadores patológicos que siguen una línea semejante al anterior de Ladouceur.

Terapia psicofarmacológica.

Se han hecho distintos intentos con fármacos para el tratamiento del juego patológico. Sí es cierto que cuando existe relación entre juego patológico y depresión, la utilización de psicofármacos como de terapia cognitiva mejora los resultados. Pero de ahí a deducir que los antidepressivos curan el juego es otra cosa distinta. Sin embargo, y dado que existe similitud en las conductas adictivas, y el papel de los neurotransmisores en todas ellas, sería posible la intervención psicofarmacológica. Sin embargo, hasta el momento no han mostrado ser eficaces excepto cuando están asociados claros problemas de depresión y ansiedad severa (Ochoa y Labrador, 1994).

Grupos de autoayuda.

Dentro de los distintos grupos de autoayuda existentes destaca en el mundo anglosajón Jugadores Anónimos y en España las asociaciones de jugadores en rehabilitación, los cuales están federados en el ámbito nacional.

Jugadores Anónimos es un grupo muy activo en Estados Unidos y Reino Unido. Igualmente existe una asociación para esposas y otro para los hijos. Su filosofía se fundamenta en la de Alcohólicos Anónimos, aunque con algunos pequeños cambios. Para ellos, el jugador patológico es un enfermo crónico y tiene que abandonar para siempre el juego, prestándole el grupo la ayuda precisa para que se mantenga sin jugar una vez que ha dejado el juego.

El problema que tiene este tipo de intervención es que la gran mayoría de las personas que a él acuden lo abandonan en la primera o primeras sesiones, aunque puede ser de ayuda en casos específicos (Steward y Brown, 1988).

El funcionamiento de las asociaciones, esparcidas por todo el Estado, de jugadores en rehabilitación sigue un formato semejante a Jugadores Anónimos en las terapias de grupo, aunque no necesariamente en su filosofía, así como en las terapias individuales. A veces, el formato de terapia de grupo es de tipo profesional, o es profesional una parte del tratamiento, dado que en ellas hay, para distintas fases del proceso de rehabilitación, psicólogos y médicos contratados, donde aplican en la mayoría de los casos las terapias que funcionan adecuadamente y que estamos aquí analizando. Se debe apuntar, por su importancia, que la mayor parte de los jugadores patológicos en tratamiento en España lo están en este tipo de asociaciones.

El juego controlado.

Algunos, aunque pocos estudios, han analizado la posibilidad del juego controlado en jugadores patológicos. Este tipo de terapia puede ser más atractiva para los jugadores, aunque no siempre es el objetivo terapéutico que se adecúa al sujeto (Rosecrance, 1988). El concepto de juego controlado se relaciona también con el concepto que se tenga de recaída, hecho que hoy sugiere que muchos programas consiguen más bien el juego controlado que la total abstinencia del juego.

Otros tratamientos.

Entre otros tratamientos eficaces que se han propuesto para el juego patológico están los denominados multimodales (Blaszczynski, 1993). En ellos se combinan un grupo de técnicas que han mostrado ser eficaces, bien en dichos programas o separadamente cada una de ellas. La ventaja de estos programas es que abarcan los tres niveles de respuesta: motórico, cognitivo y psicofisiológico. Igualmente, estos programas tienen en cuenta como parte del mismo intervenir en los problemas colaterales que tienen en muchas ocasiones los jugadores patológicos: abuso del alcohol, depresión, ansiedad, problemas maritales, organización del dinero, etc.

Estos tratamientos se han llevado a cabo tanto en régimen externo como régimen interno en hospitales especializados en el tratamiento de jugadores patológicos, como es la conocida Unidad de Brecksville, en Cleveland, Ohio, que ha sido el primer programa de tratamiento para jugadores puesto en funcionamiento en Estados Unidos (McCormick, 1993). En este momento los programas de tratamiento multicomponentes son el tratamiento de elección.

También, en ocasiones, se ha insistido en la importancia de la terapia de grupo o el tratamiento a través de la terapia de grupo. Este tipo de terapia es muy frecuente en todas las conductas adictivas. Puede ser un componente más del tratamiento o el componente principal. Distintos autores han sugerido que cuando se lleva a cabo terapia de grupo, se haga separadamente para los jugadores patológicos y para sus familiares (González, 1989), especialmente para su pareja, dado el nivel de deterioro que suele caracterizar las relaciones entre ambos.

El tratamiento de los problemas asociados con el juego.

Hoy es imprescindible, tanto en este problema como en otros, tratar los problemas asociados con el juego. Como afirma Blaszczynski (1993), los tratamientos para un jugador patológico deben estar diseñados individualmente, en función de su tipo específico de juego, y orientados tanto a dejar de jugar como a mantener la abstinencia y prevenir la recaída. De ahí sugiere una

serie de componentes específicos que debe tener un tratamiento para que lleve a la recuperación del jugador patológico, que son los siguientes: 1) Técnicas de control de estímulos para evitar la exposición a señales, situaciones o contactos del juego o los contactos con otros jugadores para reducir el riesgo de recaída. 2) Técnicas de control del estrés para incrementar o mejorar las habilidades de afrontamiento apropiadas. La terapia de relajación puede disminuir la activación y reducir la ansiedad. 3) Medicación antidepressiva cuando el humor disfórico es primario. 4) Terapia cognitiva para corregir las creencias, actitudes y expectativas disfuncionales respecto al juego. Un énfasis básico debería darse a la prevención de la recaída. 5) Terapia marital cuando surge la pérdida de confianza y resulta sospechosa por los conflictos creados. El jugador, a menudo, reacciona con ira por la continua duda y juega como revancha. 6) Es deseable la devolución de las deudas. Poseer habilidades presupuestarias y la aceptación de la responsabilidad de devolver las deudas es importante, pero en algunos casos desafortunados, la devolución no es factible de forma realista. Cuando la presión a cumplir con las obligaciones financieras es rigurosa, la urgencia a volver a jugar e ir a la "caza" de las pérdidas, llega a ser insuperable. 7) Implicación en pasatiempos de ocio adaptativos, preferiblemente durante las horas que son incompatibles con el juego. 8) El consejo sobre las adicciones para los jugadores con problemas de abuso de sustancias es importante para algunas, aunque debería tenerse en cuenta que la mayoría de los jugadores no muestran dependencia de sustancias. La psicoeducación de los procesos adictivos y la psicoterapia y consejo pueden ayudar. Y, 9) la asistencia continuada a Jugadores Anónimos, dado que está asociada al mantenimiento de la abstinencia, al menos en el mundo anglosajón. También considera la necesidad de que las esposas de los jugadores patológicos acudan a *Gam Annon*, que es la sección de las esposas de los jugadores.

La propuesta de Blaszczynski (1993), como la de otros muchos autores, va en la línea de que hay que tratar los problemas de juego como los otros asociados. Con ello estamos ante un tratamiento real, que va a ser más efectivo que si sólo nos centramos en una parte del problema, y que va a llevar no sólo a que deje de jugar sino a mantenerse con más probabilidad abstinentemente a lo largo del tiempo.

Conclusión.

El juego patológico es hoy en día un trastorno incapacitante que afecta a un número considerable de personas de la población. La disponibilidad y accesibilidad al juego, junto a una buena aceptación social de los existentes, ha propiciado un desarrollo astronómico del mismo en España en muy pocos años y es previsible que el trastorno continúe incrementándose en el futuro. Nos cabe el triste récord de ser actualmente uno de los países en cabeza a nivel mundial en gasto en juegos de azar y en número de jugadores patológicos, en torno al 1.5 % de la población adulta.

Por los datos que hoy conocemos del juego, era probable que su legalización, y posterior potenciación, en España produjese importantes problemas de dependencia, dado el acceso a las

máquinas tragaperras, casi ilimitado, incluso para los menores, la existencia de una máquina por cada bar existente, el gran número de bares que poseemos, el bajo coste de la apuesta, 25 pts., el consumo de alcohol al mismo tiempo que se juega, la influencia de los modelos jugadores que están presentes y juegan y los poderosos estímulos que proporcionan las personas cercanas o alrededor de las máquinas en forma de luz y sonido. Probablemente, de los anteriores aspectos, el que es más relevante para las personas que acuden a los bares en donde hay máquinas (y que concurrentemente implica la mayoría de los factores de riesgo citados) es la asociación que consistentemente se ha encontrado entre consumo de alcohol y juego patológico (Becoña, 1991; Lesieur et al., 1986; Lesieur and Rosenthal, 1991), lo que en España serviría para explicar el gran número de personas con probabilidad de tener problemas de juego con las máquinas tragaperras, dada la alta prevalencia de personas con problemas de abuso de alcohol en España (Mateos y Rodríguez, 1991) y constituir el consumo de alcohol una conducta social normal, que se da en una alta tasa y que se efectúa en un contexto social en el que esa conducta se considera normal.

En los últimos años se ha apreciado un incremento de las medidas estrictas y de la aparición de una legislación más restrictiva, debido probablemente a la concienciación cada vez más creciente en nuestra sociedad de que el juego causa graves problemas a una parte de los que juegan, especialmente en los jugadores de máquinas tragaperras.

El jugador patológico centra su vida en el juego. Vive por y para el juego. Como anécdota, el deseo del jugador de estar en acción es a veces tan intenso que puede estar días sin dormir o largos períodos de tiempo (ej., 24 horas) sin comer o sin ir al baño (Rosenthal, 1992).

Los jugadores patológicos, que suelen tener una inteligencia normal y en ocasiones superior a la normal, en comparación con los baremos para el resto de la población, tienen importantes errores cognitivos e ilusión de control sobre el resultado del juego. La dificultad de cambiar estos errores cognitivos nos lo muestra claramente Ladouceur (1993) cuando nos dice "no estamos acostumbrados como seres inteligentes que somos a considerar al azar como una explicación justa y plausible de un acontecimiento. Invocamos habitualmente al azar cuando tocamos las fronteras de nuestro conocimiento o cuando abordamos un fenómeno completamente infrecuente. Estudios empíricos demuestran que cuando esos sujetos deben generar números al azar son incapaces de hacerlo" (pág. 364).

Hay una pregunta que surge ante los anteriores datos: ¿Por qué tenemos hoy tan graves problemas de juego? ¿Qué ha posibilitado su aparición y extensión? Como hemos expuesto en otros lugares (Becoña, 1993a, 1995, 1996a; Becoña et al., 1995; Labrador y Becoña, 1994; Ochoa et al., 1995), en nuestra consideración ello ha sido debido a las siguientes razones: 1) la gran disponibilidad de juegos; 2) el bajo coste del juego; 3) la promoción y publicidad de los juegos de azar; 4) la interacción de otras sustancias adictivas con el juego; 5) los factores de vulnerabilidad al juego patológico; y, 6) el gran poder adictivo del juego.

Ante ello, hay toda una serie de medidas que, aplicadas, facilitarían el control y reducción del número de jugadores patológicos (cfr. Becoña, 1993a, 1996a). Estas son: 1) Concienciar a la población de la gravedad del problema del juego patológico; 2) Advertir a los profesionales que trabajan con adictos de la existencia de este problema, de cómo detectarlo y de cómo intervenir en el mismo; 3) Abrir unidades específicas o especializar a los profesionales dentro de los dispositivos de salud mental de la comunidad para tratar a los jugadores patológicos; 4) Apoyar a las asociaciones de ex-jugadores o a aquéllas especializadas en el tratamiento de jugadores patológicos; 5) Incidir especialmente en la población infanto-juvenil por ser la más vulnerable y en mayor riesgo de tener problemas de juego; 6) Limitar, con medidas legislativas, el acceso al juego, especialmente a aquéllos con mayor poder adictivo; 7) Realización y potenciación de estudios sobre este grave problema; y, 8) finalmente, para que sea posible llevar a cabo todo lo anterior, es necesario conseguir recursos. ¿Cuándo solicitaremos que un mísero porcentaje de las ingentes cantidades que ingresa el erario público se dediquen al tratamiento de los jugadores patológicos?

Cuanto antes pongamos esto en marcha, antes conseguiremos reducir el sufrimiento causado por el juego de azar a muchas personas.

Referencias bibliográficas.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised 3rd ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 4th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Becoña, E. (1991). *The prevalence of pathological gambling in Galicia* (Spain. Paper presented at the Meeting of the Society for the Study of Gambling. London, november.

Becoña, E. (1993a). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.

Becoña, E. (1993b). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*, 9, 353-369.

Becoña, E. (1995). El juego patológico. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol. I. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (pp. 551-582). Madrid: Siglo XXI.

- Becoña, E. (1996a). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (1996b). The problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies*, 12, 179-192.
- Becoña, E. (1996c). Tratamiento del juego patológico. En J.M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 249-278). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports*, 81, 275-287.
- Becoña, E. y Fuentes, M.J. (1995). El juego patológico en Galicia evaluado con el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones*, 7, 423-440.
- Becoña, E. y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de E.G.B. *Psicothema*, 8, 13-23.
- Becoña, E. , Labrador, F. J. , Echeburúa, E. , Ochoa, E. y Vallejo, M.A. (1995). Slot gambling in Spain: A new and important social problem. *Journal of Gambling Studies*, 11, 265-286.
- Becoña, E., Lorenzo, M. C. y Fuentes, M.J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico. Una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, 1, 409-440.
- Blaszczynski, A. y Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11, 195-220 .
- Cayuela, R. (1990). *Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects*. Paper presented at the Eight International Conference on Risk and Gambling, London, August.
- Ciarrocchi, J.M. y Richardson, J. (1989). Profile of compulsive gamblers in treatment. Update and comparison. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 53-65
- Comisión Nacional del Juego (1998). *Memoria 1997*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, Comisión Nacional del Juego.

- Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales.
- Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- Custer, R. y Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. Nueva York: Facts on File Publications.
- Dickerson, M.G. y Hinchy, J. (1988). The prevalence of pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 4, 135-141.
- Dostoyevski, F.M. (1866/1977). *El jugador*. Madrid: Destino (original 1866) .
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1991). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 127-146.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Grafía (coord.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 523-556). Madrid: Debate.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994b). *Tratamiento psicológico del juego patológico*. En J.L. Grafía (coord.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 557-589). Madrid: Debate.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 617-643.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Fisher, S. (1993a). El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y el juego patológico en adolescentes: El caso del Reino Unido. *Psicología Conductual*, 1, 351-359.
- Fisher, S. (1993b). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 9, 277-288.

Franklin, J. y Thoms, D.R. (1989). Clinical observations of family members of compulsive gamblers. En: H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 135-146). Lexington, MA: Lexington Books.

Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 411-420.

García, J.L. , Díaz, C. y Aranda, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*, 9, 83-92

González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones.

González, A., Mercadé, P.V., Aymamí, N. y Pastor, C. (1990). Variables de personalidad, juego patológico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 203-209.

Griffiths, M. (1995). *Adolescent gambling*. Londres, R.U.: Routledge.

Heineman, M. (1992). *Losing your shirt. Recovery for compulsive gamblers and their families*. Minneapolis, MI: CompCare Publications.

Istvan, J. y Matarazzo, J.D. (1984). Tobacco, alcohol, and caffeine use: A review of their interrelationships. *Psychological Bulletin*, 95, 301-326.

Jacobs, D.F. (1989). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En H.J. Shaffer; S.A. Stein; B. Gambino, y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Lexington, MA: Lexington Books.

Labrador, F. J. y Becoña, E. (1994). Juego patológico: Aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J.L. Graña (ed.), *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 495-520). Madrid: Debate.

Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego patológico. En M.A. Vallejo (Ed.) , *Manual de terapia de conducta* (Vol. II, pp. 143-211). Madrid: Dikynson.

Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.

Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar.

Psicología Conductual, 1, 361-374.

Ladouceur, R. y Mireault, C. (1988). Gambling behavior among high school students in the Quebec-area. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 3-12.

Ladouceur, R. y Walker, M. (1998). Aproximación cognitiva para la comprensión y tratamiento del juego patológico. *Psicología Contemporánea*, 5, 56-71.

Ladouceur, R. y Walker, M. (1998b). Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling. En P. Salkovskis (Ed.), *Comprehensive clinical psychology*. Vol. 6. *Adults: Clinical formulation & treatment* (pp. 587-601). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.

Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.

Legarda, J.J., Babio, R. y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.

Lesieur, H.R. (1984). *The chase. Career of the compulsive gambler*. Cambridge, MA: Schenkman Books.

Lesieur, H.R. (1988). The female pathological gambler. En W.R. Eadington (Ed.), *Gambling Studies: Proceedings of the 7th International Conference on Gambling and Risk Taking*. Reno, NJ: University of Nevada.

Lesieur, H.R. (1993). Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores patológicos en Estados Unidos. *Psicología Conductual*, 1, 389-407.

Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-223.

Lesieur, H.R., Blume, S.B. y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10, 33-38.

Lesieur, H.R.; Cross, J.; Frank, M.; Welch, M.; White, C.M.; Rubenstein, G.; Moseley, K. y Mark, M. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors*, 16, 517-527.

Lesieur, H. R. y Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (Prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.

López, V.C. (1998). Treating pathological gambling. En W.R. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 259-270). Nueva York: Plenum.

López, V.C. y Miller, W.R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 17, 689-702.

Martínez-Pina, A., Guirao, J.L. Fusté, R., Serrat, X., Martín, M. y Moreno, V. (1991). The Catalonia survey: Personality and intelligence structure in a sample of compulsive gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7, 275-299.

Maurer, C.D. (1994). Practical issues and the assessment of pathological gamblers in a private practice setting. *Journal of Gambling Studies*, 10, 5-20.

McCormick, R.A. (1993). La selección de tratamientos para los jugadores patológicos basados en factores clínicamente significativos. *Psicología Conductual*, 1, 441-454.

McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramirez, L.F. y Taber, J.I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218

McCormick, R.A. y Taber, J. I. (1987). The pathological gamblers: Salient personality variables. En: T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 9-39). Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.

McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 368-370.

Miguel-Tobal, J.J. y Cano, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad* (2ª ed.). Madrid: Tea Ediciones.

Ochoa, E. y Labrador, F.J. (con la colaboración de E. Echeburúa, E. Becoña y M.A. Vallejo) (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.

Ramirez, L.F. McCormick, R.A., Russo, A.M. y Taber, J.L. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors*, 8, 425-428.

Robert, C. y Botella, C. (1994). Trastornos de control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (coord.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 559-594). Madrid: McGraw-Hill.

Rodriguez-Martos, A. (1987). El juego... otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias. *Fons Informatiu*, 12.

Rodriguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativa de la prevalencia del juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa Dross. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 265-275.

Rosecrance, J. (1988). *Gambling without guilt. The legitimation of an american pastime*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publ. Co.

Rosenthal, R.J. (1989). Pathological gambling and problem gambling: Problems of definition and diagnosis. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 101-125). Lexington, MA: Lexington Books.

Rosenthal, R. J. (1992). Pathological gambling. *Pschiatric Annals*, 22, 72-78.

Rosenthal, R.J. y Lesieur, H.R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal of Addictions*, 1, 150-154.

Roy, A, Custer, R., Lorenz, V. y Linnoila, M. (1988). Depressed pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 77, 163-165.

Stewart, R.M. y Brown, R.I. (1988). An outcome study of Gamblers Anonymous. *British Journal of Psychiatry*, 152, 284-288.

Sylvain, C., Ladouceur, R. y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.

Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias*, 23, 53-74.

Villa, A., Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. *Adicciones*, 9, 195-208.

Volberg, R.A. (1993). Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp. 365-

378). Reno, NE: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.

Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.

Wagenaar, W. A. (1988). *Paradoxes of gambling behavior*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.

Walker, M.B. (1992). *The psychology of gambling*. Oxford, RU: Pergamon Press.

Winters, K.C., Stinchfield, R.D. y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.

Wray, I. y Dickerson, M. (1981). Cessation of high frequency gambling and withdrawal" symptoms. *British Journal of Addictions*, 76, 401-405.