

EL JUEGO PATOLÓGICO EN ESPAÑA: APOR- TACIONES DE UN EQUIPO DE INVESTIGA- CIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA (1990-2000)

ENRIQUE ECHEBURÚA¹
JAVIER FERNÁNDEZ-MONTALVO²
CONCEPCIÓN BÁEZ³

(1) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

(2) Departamento de Psicología y Pedagogía
Universidad Pública de Navarra

(3) Centro de Salud Mental de Rentería. Servicio Vasco de Salud.

Resumen

En este artículo se presenta un resumen de las aportaciones más importantes de nuestro grupo de investigación al ámbito del juego patológico en los últimos 10 años. No hay un apoyo empírico claro al perfil psico(pato)lógico del ludópata. Estos pacientes tienden a ser ansiosos e impulsivos, a presentar síntomas depresivos y a contar con creencias irracionales, así como a estar implicados en conductas de abuso de alcohol. Se describen instrumentos de evaluación para el juego patológico validados con una población española. El tratamiento de elección es el control de estímulos y la exposición in vivo con prevención de respuesta, seguido de una intervención cognitivo-conductual para la prevención de las recaídas. Por último, se plantean algunas cuestiones no resueltas aún y que requieren de nuevas investigaciones.

Palabras-clave: Juego patológico. Perfil psicopatológico. Evaluación. Tratamiento psicológico. Prevención de recaídas.

Abstract

In this paper the most relevant findings of our research team on pathological gambling in the last decade are presented. There is no conclusive empirical evidence of a specific profile of the pathological gamblers. These patients tend to be anxious and impulsive and to be involved in irrational beliefs, alcohol abuse and depression. New tools for screening and assessing pathological gamblers in Spain are described. The choice treatment appears to be stimulus control and in vivo exposure with response prevention, followed by a cognitive-behavioural intervention in relapse prevention. Unanswered questions for future research in this field are commented upon.

Key-words: Pathological gambling. Psychopathological profile. Assessment. Psychological treatment. Relapse prevention.

Introducción

El juego patológico es un trastorno mental que ha sido descrito por vez primera en el *DSM-III* (1980) y que ofrece un especial interés para la investigación. A nivel teórico, se trata de la única adicción sin drogas que aparece descrita en las nosologías psicopatológicas. Al no existir la dependencia de ninguna sustancia química, que puede *contaminar* los resultados obtenidos, se pueden estudiar en la ludopatía, de forma más pura, los fenómenos propiamente psicológicos de la adicción: dependencia, pérdida de control, etc.

Desde una perspectiva epidemiológica, el juego patológico ha irrumpido con fuerza en España (Becoña, 1999), al hilo de la difusión de las máquinas tragaperras, que tienen una gran capacidad adictiva. Se trata de un *viejo* problema en este país, pero que ahora ofrece una *nueva* fachada: a nivel cuantitativo, unas tasas de prevalencia muy altas, cercanas al 2% de la población adulta; y a nivel cualitativo, la extensión de este trastorno a sectores de la población que hasta ahora no se habían visto afectados: las mujeres y, sobre todo, los adolescentes.

Más allá de un análisis meramente epidemiológico, el juego patológico era un reto para la investigación clínica al comienzo de los años 90. Los pacientes o los familiares de éstos acudían a los Centros de Salud Mental en busca de ayuda terapéutica, pero no se contaba con programas de tratamiento disponibles y los terapeutas se sentían sobrepasados por una realidad que les desbordaba. Tampoco existían por aquel entonces -o, en todo caso, estaban en sus comienzos- asociaciones de jugadores ni grupos de autoayuda.

En este contexto -teórico y práctico- se comenzó a gestar nuestro interés por el estudio de la ludopatía. Con la participación de una psicóloga clínica de un Centro de Salud Mental (la tercera firmante de este estudio) y de un becario de investigación con experiencia clínica (el segundo firmante) y con la financiación de un proyecto de investigación, se concretó el trabajo.

La obtención de la muestra no fue un proceso fácil. En los primeros años de la década de los 90 se llegó a un acuerdo con el Servicio Vasco de Salud para tratar en un único Centro de Salud Mental (Rentería) a todos los pacientes de Guipúzcoa aquejados de este trastorno y poder así investigarlos adecuadamente. En la segunda mitad de la década se creó una asociación específica de ludópatas (Asociación Ekintza-Dasalud) en Rentería para facilitar este proceso. En uno y otro centro es donde se han llevado a cabo las investigaciones descritas más adelante.

El contenido de la investigación se puso inicialmente al servicio de la clínica. De lo que se trataba, como objetivo más urgente, era de encontrar un tratamiento adecuado para este trastorno. Lo que aparecía en la bibliografía previa se limitaba a estudios de casos o a pacientes ingresados en un hospital y no resultaba satisfactorio. Así, se concedió una gran importancia a la creación de materiales de autoayuda y a la prevención de las recaídas. Otra meta importante fue validar y diseñar instrumentos de evaluación apropiados para diagnosticar o detectar tempranamente a estos pacientes y planificar adecuadamente el tratamiento.

Al hilo de estos objetivos, orientados directamente a la intervención clínica, se estudiaron algunas características descriptivas que nos han ayudado a conocer mejor este cuadro clínico (el perfil psicopatológico, las dimensiones de personalidad, las distorsiones cognitivas, la evolución de los pacientes no tratados, etc.) o a planificar más adecuadamente el tratamiento psicológico (especialmente, los factores precipitantes de las recaídas y las variables predictoras de los fracasos terapéuticos).

Lo que figura a continuación es un resumen apretado, pero significativo, de los principales resultados obtenidos por nuestro grupo en esta década de investigación (1990-2000) en los distintos campos relacionados con el juego patológico. Como es obvio, no se trata de un tema cerrado, sino de un proceso que está en marcha. En último término, los nuevos hallazgos plantean nuevos retos que están directamente relacionados con unos cambios sociales que van siempre por delante.

Características de la conducta de juego

En este apartado se presentan las principales características relacionadas con el juego de los pacientes, que se recogen en dos estudios (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999).

En general, los ludópatas que buscan ayuda terapéutica presentan una dependencia muy intensa del juego. En los dos estudios citados la puntuación media en el *SOGS* -una medida de la dependencia- es de 11 puntos. Téngase en cuenta que en la versión española de este cuestionario (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) una puntuación superior a 4 es suficiente para ser diagnosticado como jugador patológico.

Tabla 1.- Características del juego

A) Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1994) (N=64)

VARIABLES	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	RANGO
Frecuencia	6,5 veces/semana	5 veces/semana	1-30 veces/semana
Dinero	9.961 pts./semana	7.286 pts./semana	2.500 a 30.000 pts/semana
Tiempo	5,8 horas/semana	5 horas/semana	1-24 horas/semana

B) Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1999) (N=69)

VARIABLES	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	RANGO
Frecuencia	5,1 días/semana	1,6 días/semana	1-7 días/semana
Dinero	18.840 pts./semana	11.973 pts./semana	3.000-50.000 pts./semana
Tiempo	8,1 horas/semana	7,1 horas/semana	1-42 horas/semana
Deuda pendiente	686.638 pts.		0 - 5.500.000 pts.

Con respecto al sexo, la ratio hombre/mujer en la población general es de 6/4, pero, sin embargo, las mujeres acuden con menor frecuencia -y más tardíamente- al tratamiento porque el estigma y rechazo social es mucho mayor en su caso. Por ello, los pacientes estudiados en la clínica son mayoritariamente hombres (con una ratio hombre/mujer de 6/1).

Por otra parte, a nivel descriptivo, los ludópatas juegan casi a diario durante más de 1 hora, invierten cantidades de dinero importantes (de 50.000 a 100.000 pts. mensuales) y tienen muchas deudas contraídas, sin que sean infrecuentes los problemas con la justicia (como consecuencia de la presión de los acreedores, de las estafas o de la emisión de cheques en blanco). Un resumen de estas características figura en la *tabla 1*.

Dimensiones de personalidad y variables psicopatológicas

En esta parte del trabajo se analizan las dimensiones de personalidad y el perfil psicopatológico de los pacientes estudiados. Asimismo se dedica un apartado específico a dos aspectos descriptivos que tienen una importancia especial en los ludópatas: las distorsiones cognitivas y las repercusiones laborales del juego patológico.

Dimensiones de personalidad

Los estudios sobre las características de personalidad de los jugadores patológicos ofrecen, en muchas ocasiones, resultados contradictorios. Una posible explicación a este hecho radica en la consideración de los jugadores como un grupo homogéneo, independientemente del tipo de juego al que se es adicto. Para evitar este posible sesgo, nuestro equipo de investigación ha sido especialmente cuidadoso en la selección de una muestra homogénea en cuanto al tipo de juego implicado (las máquinas tragaperras), que resulta el más adictivo de todos y el que mayor demanda terapéutica genera.

En concreto, se han desarrollado dos estudios con el objetivo de identificar las dimensiones de personalidad en este tipo de pacientes (Báez *et al.*, 1994; Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999a). En el primero de ellos (Báez *et al.*, 1994), se analizaron las tres dimensiones que se habían estudiado con una mayor frecuencia en el ámbito de la ludopatía (la ansiedad-rasgo, el neuroticismo y la extraversión) y se diferenciaron los análisis por sexos.

Un resumen de los resultados obtenidos figura en la *tabla 2*. Los jugadores puntúan significativamente más alto que la población normal en neuroticismo y en ansiedad. En extraversión ocurre exactamente lo contrario, si bien en esta variable las diferencias sólo son estadísticamente significativas en el caso de las mujeres.

En el segundo estudio (*cf.* Fernández-Montalvo *et al.*, 1999a), se amplió el número de variables de personalidad y se incluyó también el nivel de inteligencia. Los resultados obtenidos en el caso de los jugadores varones mostraron un grado medio de inteligencia. A nivel de personalidad, los pacientes eran significativamente más impulsivos, con mayor grado de neuroticismo -variable que correlacionaba con la mayor gravedad del juego- y con menor nivel de búsqueda de sensaciones que la población general. No se observaron diferencias significativas en la dimensión de extraversión (*tabla 3*). En el caso de las mujeres -probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra-, no se apreciaron diferencias con la población normal.

Tabla 2.- Comparación de la muestra con la población general en dimensiones de personalidad (Báez et al., 1994)

HOMBRES (N=53)			
ESCALAS	MEDIAS (D.T.) DE LA MUESTRA NORMATIVA	MEDIAS (D.T.) DE LA MUESTRA EXPERIMENTAL	VALOR DE t
EPQ-Neuroticismo	11,64 (5,25)	15,53 (5,26)	5,40 ***
EPQ-Extraversión	12,04 (4,04)	10,83 (4,55)	1,92
STAI-Rasgo	20,19 (8,89)	29,26 (10,14)	6,45 ***
MUJERES (N=11)			
ESCALAS	MEDIAS (D.T.) DE LA MUESTRA NORMATIVA	MEDIAS (D.T.) DE LA MUESTRA EXPERIMENTAL	VALOR DE t
EPQ-Neuroticismo	14,53 (5,21)	19,09 (3,75)	4,03 **
EPQ-Extraversión	11,37 (4,41)	9,27 (2,90)	2,29 *
STAI-Rasgo	24,99 (10,05)	35,8 (12,18)	2,46 *

* p<0,05

** p<0,01

*** p<0.001

Tabla 3.- Características de personalidad en los hombres de la muestra (N=60) (Fernández-Montalvo *et al.*, 1999a)

VARIABLES	MEDIAS (Y DT) DE LA MUESTRA EXPERIMENTAL	MEDIAS (Y DT) DE LA MUESTRA NORMATIVA	t
Neuroticismo (EPI) (Rango: 0-24)	11,16 (4,71)	8,86 (4,66)	3,97 **
Extraversión (EPI) (Rango: 0-24)	11,28 (4,03)	10,72 (3,96)	1,07
Búsqueda de sensaciones (SSS) (Rango: 0-40)	16,33 (6,35)	21,3 (6,4)	6,06 **
Impulsividad (BIS-10) (Rango: 0-132)	59,41 (13,28)	55,91 (15,08)	2,04 *

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$

Perfil psicopatológico

Un aspecto fundamental en el estudio clínico de la ludopatía es el conocimiento de las características psicopatológicas asociadas. En este sentido, el resumen de los resultados obtenidos en el estudio de Báez *et al.* (1994) figura en la *tabla 4*.

En cuanto a la ansiedad, los sujetos estudiados, tanto hombres como mujeres, se mostraban significativamente más ansiosos que los de la muestra normativa.

Respecto al grado de depresión, la media en el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* fue de 19 (recuérdese que el punto de corte es 18). Es importante destacar que sólo el 6,2% de la muestra no manifestaba ningún grado de depresión. Del mismo modo, en la *Escala de Depresión de Hamilton* el 75% de la muestra superó el punto de corte (18 puntos), que sirve para discriminar a la población sana de la que está aquejada de síntomas depresivos. La media de la muestra en esta última escala fue de 27 puntos.

Por lo que se refiere al consumo de alcohol, el 17% de los pacientes que acudieron a tratamiento quedaron excluidos del estudio por cumplir los criterios diagnósticos de alcoholismo. Sin embargo, en los sujetos de la muestra incluidos -ludópatas puros no afectados por otros trastornos mentales graves- el consumo de alcohol era relativamente alto. En concreto, el 30% de la muestra consumía más de 45 gramos de alcohol al día, que puede utilizarse como una medida del riesgo de alcoholización (Rodríguez-Martos, 1989).

Por último, en lo referido a la adaptación a la vida cotidiana, la conducta de juego interfería negativamente en el grado de adaptación de los pacientes a diversas áreas del funcionamiento diario (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y familia).

Tabla 4.- Variables psicopatológicas (N=64) (Báez *et al.*, 1994)

VARIABLES ESTUDIADAS	PUNTUACIÓN MEDIA (D.T.)
Inventario de Depresión de Beck (BDI) (0-63)	19,37 (9,8)
Escala de Depresión de Hamilton (0-73)	27,42 (15)
Inventario de Ansiedad-Estado (0-60)	
Hombres	29,75 (12,7)
Mujeres	35 (15,03)

Distorsiones cognitivas

El grupo de Ladouceur (por ejemplo, Ladouceur y Walker, 1998; Sylvain y Ladouceur, 1997) ha recalcado el papel que los sistemas erróneos de creencias desempeñan en el mantenimiento del juego patológico. No está aún del todo claro si estas distorsiones son previas y constituyen, por tanto, un factor de riesgo o es el propio juego excesivo el que erosiona la racionalidad y facilita la adopción de conductas supersticiosas.

En este sentido, y con el objetivo de aportar más luz en este terreno, se llevó a cabo un estudio sobre las distorsiones cognitivas presentes en este tipo de pacientes (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). La muestra total de sujetos contó con 100 jugadores patológicos de máquinas tragaperras y con una muestra normativa de 75 sujetos elegidos aleatoriamente de entre la población normal.

Según los resultados obtenidos, los pacientes presentaban numerosas distorsiones cognitivas, por un lado, respecto al juego en sí y, por otro, respecto a la percepción que tienen de su adicción al juego (tabla 5). En concreto, los jugadores se caracterizaban por presentar una ilusión de control, una focalización atencional selectiva a las ganancias, una subestimación de las pérdidas y una negación del problema. Este último punto es, justamente, característico de todos los trastornos adictivos.

Asimismo los pacientes con un mayor grado de dependencia (medido a través del *Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks*) y con mayores dificultades colaterales (problemas con la justicia, puntuación más alta en el *BDI*, etc.) presentaban un mayor número de distorsiones cognitivas. Sin embargo, la presencia de éstas antes del tratamiento resultó ser independiente del éxito terapéutico obtenido a los 12 meses de seguimiento.

Tabla 5.-Sesgos cognitivos en los jugadores patológicos (N=100) (Fernández-Montalvo et al., 1996)

A. EN RELACIÓN CON LA CONDUCTA DE JUEGO

ÍTEM	RESPUESTAS POSITIVAS		χ^2
	Jugadores patológicos	Muestra normal	
Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cómo.	37%	18,3%	6,22 *
Si gano, tiendo a pensar que soy hábil y que lo he hecho bien.	24%	8,3%	6,20 *
Pienso que si juego el tiempo suficiente, recuperaré mis pérdidas.	65%	3,3%	58,58 ***
No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar.	78%	28,3%	38,34 ***
Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte.	47%	23,3%	8,90 **
Si pierdo, pienso que es debido a que no estoy concentrado.	47%	8,3%	25,55 ***
Cuando pierdo y he estado "cerca", pienso que "casi gano".	61%	43,3%	4,71 *
A veces voy con la "sensación" de que voy a ganar.	90%	40%	45,76 ***
Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad.	75%	41,7%	17,77 ***
Pienso en todo lo que puedo comprarme o regalar a alguien, pues es así como me siento bien.	47%	16,7%	15,04 ***
Considero el dinero robado para jugar como un préstamo.	31%	3,3%	17,53 ***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

B. EN RELACIÓN CON LA PROPIA ADICCIÓN AL JUEGO

ÍTEM	SÍ (%)	NO (%)
Yo soy un jugador patológico.	82%	18%
Podré jugar como otras personas y no tendré problemas.	34%	66%
Si me tocara mucho dinero, se solucionarían todos mis problemas.	44%	56%
Me siento culpable por muchas razones (situación económica familiar, relaciones familiares y de amigos tensas, problemas en el trabajo...).	17%	83%
Toda mi vida es un fracaso.	22%	78%
Suelo malinterpretar los intentos de ayuda de familiares y amigos.	31%	69%

NOTA: En *negrita y cursiva* figuran las respuestas que indican la presencia de un sesgo cognitivo

Consecuencias laborales

Una de las principales repercusiones negativas del juego patológico es en el ámbito laboral. Sin embargo, las consecuencias descritas hasta la fecha se basaban en impresiones clínicas y en paralelismos con lo que ocurría en otras conductas adictivas, principalmente el alcoholismo. Por ello, se trató de profundizar en el mayor conocimiento de las alteraciones producidas por la ludopatía en esta parcela, con el objetivo de sugerir investigaciones ulteriores encaminadas a la detección temprana de estos problemas y al desarrollo de estrategias de intervención específicas (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000).

En este estudio se contó con una muestra de 121 jugadores patológicos de máquinas tragaperras. Las principales repercusiones laborales identificadas fueron, por orden de importancia, las siguientes (*tabla 6*): absentismo laboral; problemas de concentración y disminución del rendimiento; hurtos en el trabajo; conflictos con los compañeros; despido o no renovación del contrato; dificultades para encontrar un nuevo empleo, cambios de puesto por problemas derivados del juego; y, por último, accidentabilidad laboral.

Tabla 6.- Repercusiones laborales negativas en los jugadores patológicos (N=121)¹ (Fernández-Montalvo *et al.*, 2000)

REPERCUSIÓN LABORAL	N (%)
Absentismo laboral	57 (47,1%)
Problemas de concentración y disminución del rendimiento	48 (39,6%)
Hurtos o estafas en el trabajo	34 (28%)
Conflictos con los compañeros de trabajo	28 (23,1%)
Despidos, amenazas de despido y no renovación del contrato	26 (21,5%)
Dificultades para encontrar un nuevo empleo	20 (16,5%)
Cambios de puesto por problemas derivados del juego	4 (3,3%)
Accidentabilidad laboral	1 (0,8%)

¹ Los porcentajes que figuran expuestos en la tabla suman más de 100, debido a que la mayoría de los sujetos de la muestra puntúan en más de una categoría.

Evaluación del juego patológico

Un aspecto fundamental para la intervención clínica radica en contar con instrumentos adecuados de evaluación psicológica. En este sentido, cuando comenzó nuestro interés por el juego patológico, no se contaba en nuestro país con instrumentos de evaluación específicos para este cuadro clínico. Por ello, se optó por llevar a cabo la validación española del instrumento de evaluación más citado en la bibliografía internacional sobre el tema y con mejores propiedades psicométricas: el *South Oaks Gambling Screen (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987).

Tabla 7.-Propiedades psicométricas del SOGS y del CBJP (Echeburúa *et al.*, 1994; Fernández-Montalvo *et al.*, 1995)

CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO DE SOUTH OAKS (SOGS)	
Fiabilidad	
* Fiabilidad test-retest * Consistencia interna	$r = 0,98$ * $Alfa = 0,94$
Validez	
* Validez convergente * Validez discriminante	$r = 0,92$ * $t = 53,3$ *
Eficacia diagnóstica	
* Sensibilidad * Especificidad * Eficacia diagnóstica	100% 98% 98,3%
CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO (CBJP)	
Fiabilidad	
* Fiabilidad test-retest * Consistencia interna	$r = 0,99$ * $Alfa = 0,94$
Validez	
* Validez convergente * Validez discriminante	$r = 0,95$ * $t = 7,84$ *
Eficacia diagnóstica	
* Sensibilidad * Especificidad * Eficacia diagnóstica	100% 97,5% 97,8%

* $p < 0,001$

La validación española de este autoinforme (Echeburúa *et al.*, 1994) deparó una grata sorpresa. Al margen de las buenas propiedades psicométricas obtenidas para su utilización en nuestro país (*tabla 7*), la versión española del SOGS mostró tener una alta eficacia diagnóstica. Por ello, el SOGS constituye en España, más allá de la intención de los autores originales, un instrumento diagnóstico -y no meramente de «*screening*»- de gran utilidad en el ámbito del juego patológico.

No obstante, y debido a las graves consecuencias de la ludopatía, es importante la identificación precoz de personas con problemas de juego. En este sentido, resulta extremadamente útil contar con un cuestionario propiamente de «*screening*» que sea breve y de fácil aplicación y que, por ello, pueda ser utilizado tanto por personal especializado (psicólogos clínicos y psiquiatras principalmente), como por personal no especializado (enfermeras, médicos de atención primaria, trabajadores sociales, etc.), sin que suponga una gran dedicación de tiempo. Se trata, en último término, de aplicar una prueba breve, intercalada en la historia clínica habitual, a pacientes aquejados de problemas médicos o de trastornos mentales diversos y que permita detectar de forma temprana una dependencia al juego. Este aspecto es importante porque los pacientes, especialmente en las primeras fases del problema, como también sucede en otras adicciones, tienden a negar la dependencia al juego.

Para ello, se seleccionaron unos cuantos ítems del SOGS -los que presentaban una mayor capacidad discriminativa en el estudio de Echeburúa *et al.* (1994)- para elaborar una prueba reducida, de 4 ítems, con la finalidad de utilizarla como un instrumento breve de «*screening*» aplicable a sectores amplios de la población. Se trataba, en concreto, de coñitar en el juego patológico con un cuestionario que desempeñase el mismo papel que, por ejemplo, el CAGE (Hayfield, McLeod y Hall, 1974) en la evaluación del alcoholismo. Así surgió el *Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP)* (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995), que, compuesto por sólo 4 ítems, muestra unos índices de fiabilidad y validez muy altos (*tabla 7*), por lo que es un instrumento válido para realizar una detección inicial de jugadores patológicos. A los sujetos así detectados se les puede aplicar el SOGS y llevar a cabo con ellos una entrevista propiamente diagnóstica.

Tratamiento del juego patológico

El objetivo terapéutico de los programas clínicos diseñados en nuestros estudios se ha orientado a la abstinencia del juego. Como ocurre también en otros trastornos adictivos, ésta es la meta recomendable cuando el sujeto se muestra dependiente del juego y se ha producido una pérdida de control.

Sin embargo, no se postula la abstinencia como un absoluto, sino que está referida al tipo de juego (o de juegos en su caso) del que el paciente tiene dependencia. Es decir, si un ludópata es adicto a las máquinas tragaperras y al bingo, se plantea la abstinencia respecto a estos juegos como objetivo terapéutico. Se permite, sin embargo, una flexibilidad, sujeta a vigilancia, respecto a otros juegos (quinietas, lotería, etc.) con los que el sujeto no ha tenido problemas en su historial.

Desde nuestro punto de vista, una rigidez excesiva al respecto -la consideración estricta de la abstinencia- podría facilitar la recaída del paciente.

Técnicas dirigidas a la consecución de la abstinencia

La búsqueda de un tratamiento de elección para el juego patológico motivó la primera investigación clínica sobre este trastorno que nuestro equipo llevó a cabo (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994, 1996). En concreto, se trataba de determinar la eficacia diferencial

de tres modalidades terapéuticas, elegidas en función de los estudios de casos aparecidos en la bibliografía, en el tratamiento de la dependencia a las máquinas tragaperras: a) terapia individual de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta; b) reestructuración cognitiva grupal; y c) una combinación de las dos modalidades anteriores. Se incluía asimismo un grupo de control de lista de espera para evaluar la evolución espontánea de los jugadores no tratados. Este último aspecto concedió una gran relevancia a este estudio, puesto que era la primera vez que se contaba con un grupo de control.

La muestra constó de 64 pacientes seleccionados con arreglo a los criterios del *DSM-III-R*. Se utilizó un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses). Los resultados mostraron que todos los pacientes lograron la abstinencia en el postratamiento, independientemente del tratamiento recibido. Sin embargo, en el seguimiento de los 12 meses se había producido un número importante de recaídas (*tabla 8*), pero que afectaba de forma desigual a las distintas modalidades. En este sentido, el tratamiento individual de control de estímulos y exposición *en vivo* con prevención de respuesta se mostró como la terapia más efectiva para el tratamiento del juego patológico. Otro aspecto de interés es que el 25% de los pacientes pertenecientes al grupo de control de lista de espera habían experimentado una remisión espontánea en el seguimiento de los 6 meses.

Tabla 8.- Tasa de éxitos y fracasos en los seguimientos de 6 y 12 meses en las modalidades terapéuticas (N=64) (Echeburúa *et al.*, 1994, 1996)

SEGUIMIENTO DE 6 MESES				
	TRATAMIENTO INDIVIDUAL n=16	TRATAMIENTO GRUPAL n=16	TRATAMIENTO COMBINADO n=16	GRUPO DE CONTROL n=16
ÉXITO (n=32)	12 (75%)	10 (62,5%)	6 (37,5%)	4 (25%)
FRACASO (n=32)	4 (25%)	6 (37,5%)	10 (62,5%)	12 (75%)
SEGUIMIENTO DE 12 MESES				
	TRATAMIENTO INDIVIDUAL n=16	TRATAMIENTO GRUPAL n=16	TRATAMIENTO COMBINADO n=16	
ÉXITO (n=23)	11 (68,8%)	6 (37,5%)	6 (37,5%)	
FRACASO (n=25)	5 (31,3%)	10 (62,5%)	10 (62,5%)	

Se trataba de la primera investigación clínica controlada en que el programa de control de estímulos con exposición y prevención de respuesta con pacientes ambulatorios quedaba respaldado por la evidencia empírica. Los estudios anteriores habían obtenido resultados pobres (Geenberg y Rankin, 1982), se habían limitado a estudios de casos (Arribas y Martínez, 1992) o se habían referido a pacientes ingresados en un hospital (McConaghy, Blaszczyński y Frankova, 1991).

Asimismo, en otra investigación posterior dirigida específicamente a la prevención de recaídas (de la que se da cuenta en el siguiente apartado), se trató, en una fase previa, a una muestra de 69 jugadores patológicos con técnicas de control de estímulos y de exposición *en vivo* con prevención de respuesta. Los resultados obtenidos corroboraron la eficacia de este grupo de técnicas.

Técnicas dirigidas a la prevención de las recaídas

A pesar de los éxitos obtenidos a corto plazo, el principal problema del tratamiento del juego patológico -común, por otra parte, al resto de las conductas adictivas- consiste en mantener esos mismos resultados a largo plazo. De hecho, en el estudio citado en el apartado anterior había una tasa de un 31% de recaídas a los 12 meses en la mejor opción terapéutica (*tabla 8*). Por ello, se llevó a cabo una investigación dirigida a la prevención de recaídas (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999, 2000a), que constituyó la primera investigación internacional específica en este ámbito temático.

Tabla 9.- Tasa de éxitos y resultados de χ^2 en los distintos momentos de evaluación (N=69) (Echeburúa *et al.*, 1999, 2000a)

Evaluación	Tratamiento individual		Tratamiento grupal		Grupo de control		χ^2
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Post.	23	(100%)	23	(100%)	21	(91,3%)	4,11
1 mes	22	(95,7%)	21	(91,3%)	17	(73,9%)	5,36
3 meses	21	(91,3%)	21	(91,3%)	14	(60,9%)	9,28 **
6 meses	20	(87%)	20	(87%)	13	(56,5%)	7,97 *
12 meses	19	(82,6%)	18	(78,3%)	12	(52,2%)	6,05 *

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

En concreto, el objetivo de este estudio fue contrastar la eficacia diferencial de dos modalidades de prevención de recaídas (individual y grupal), con respecto a un grupo de control, para el mantenimiento de la abstinencia. La muestra constó de 69 jugadores patológicos que acababan de conseguir la abstinencia mediante una intervención con técnicas de control de estímulos y de exposición *en vivo* con prevención de respuesta. Se utilizó un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses).

Los resultados obtenidos mostraron que las dos modalidades terapéuticas fueron homogéneas entre sí y superiores al grupo de control en el seguimiento de los 12 meses (*tabla 9*). Los datos de este estudio, en el que se consigue rebajar la tasa de recaídas de un 31% de la investigación anterior a un 17%, ponen de manifiesto la necesidad y la posibilidad de complementar el tratamiento de la ludopatía con una intervención dirigida a la prevención de recaídas. Se trataba, en definitiva, de enseñar a los pacientes a identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída, así como estrategias adecuadas para afrontar estas situaciones.

La guía detallada de tratamiento utilizada en este estudio figura publicada en formato de libro, redactado, por un lado, como guía para el terapeuta y, por otro, como manual de autoayuda para el paciente (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Predicción de resultados terapéuticos

Una primera línea de investigación en el ámbito de la predicción de resultados terapéuticos ha sido el estudio de las variables que, antes o inmediatamente después del tratamiento, predicen los resultados obtenidos a largo plazo -en concreto, un año después de haber terminado la intervención terapéutica-. Y una segunda se ha centrado en el estudio de las variables precipitantes inmediatas de las recaídas.

Variables predictoras de fracasos terapéuticos

En este sentido se han realizado dos estudios con jugadores patológicos de máquinas tragaperras. En el primero de ellos (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995) se llevó a cabo un estudio empírico sobre las características de los jugadores patológicos que abandonaban el tratamiento o que sufrían recaídas en el período de seguimiento de 1 año. La muestra constó de 48 pacientes seleccionados con arreglo a los criterios diagnósticos del *DSM-III-R*.

Según los resultados obtenidos, la única diferencia entre los que abandonaban el tratamiento y los que lo completaban era que los primeros tenían una edad mayor que los segundos. Por otra parte, las variables predictoras de las recaídas fueron la insatisfacción con el tratamiento, la antigüedad de la dependencia al juego y el neuroticismo como variable de personalidad. En concreto, el análisis discriminante con estas tres variables dio como resultado una *lambda de Wilks* de 0,58 ($p < 0,001$) y una *correlación canónica* de 0,65.

En resumen, estas tres variables -las dos primeras, del pretratamiento; la tercera, del postratamiento- clasificaron correctamente de forma conjunta el 88% de los casos, con un riesgo de error del 12% (*tabla 10*). Más en concreto, los pacientes que recayeron tenían una dependencia reciente a las máquinas tragaperras -un promedio de 1,5 años de descontrol-, manifestaban un mayor nivel de neuroticismo y habían experimentado una menor satisfacción con el tratamiento recibido. Desde esta última perspectiva, la mayor o menor satisfacción con la intervención terapéutica era independiente del tipo de terapia recibido. De hecho, realizado un análisis de varianza entre los tres grupos terapéuticos respecto a esta variable, no hubo diferencias significativas entre los mismos.

Tabla 10.- Análisis discriminante de la recaída/abstinencia (Báez *et al.*, 1995)

A) Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante			
	ABSTINENTES (N=23)	RECAÍDAS (N=15)	
Satisfacción con el tratamiento	22,5 (1,8)	20,2 (1,9)	
Antigüedad de la dependencia en el pretratamiento	49 (32,4)	18,3 (4,1)	
Neuroticismo	14,7 (5,6)	25,2 (18,7)	
B) Coeficientes tipificados de las variables discriminantes			
VARIABLES	CORRELACIONES		
Satisfacción con el tratamiento	-0,80		
Antigüedad de la dependencia en el pretratamiento	-0,61		
Neuroticismo	0,22		
C) Predicción de resultados			
GRUPOS REALES		GRUPOS PREDICHOS	
		Abstinentes	Recaídas
Abstinentes	23 (60,5%)	19 (82,61%)	4 (17,39%)
Recaídas	15 (39,5%)	1 (6,67%)	14 (93,33%)
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 87,97%			

En la segunda investigación con este mismo objetivo (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000b) se tuvieron en cuenta un número mayor de posibles variables predictoras de fracaso terapéutico (abandono + recaída) al año de seguimiento. La muestra constaba, en esta ocasión, de 69 pacientes seleccionados de acuerdo con los criterios del *DSM-IV*.

Según los resultados obtenidos, la única diferencia entre los pacientes que abandonaban y los que completaban el tratamiento fue el nivel de ansiedad-estado (mayor en los primeros que en los segundos). Por lo que se refiere a la predicción de fracasos terapéuticos, fueron tres las variables obtenidas: la insatisfacción con el tratamiento, el elevado consumo de alcohol y el neuroticismo como variable de personalidad. En concreto, el análisis discriminante con estas tres variables dio como resultado una *lambda de Wilks* de 0,40 ($p < 0,001$) y una *correlación canónica* de 0,77.

En resumen, estas tres variables clasificaron correctamente de forma conjunta el 89% de los casos, con un riesgo de error del 11% (tabla 11). De acuerdo con estos resultados, se puede predecir que los pacientes con una baja satisfacción con el tratamiento, con un consumo abusivo de alcohol y con un mayor nivel de neuroticismo tenían una mayor probabilidad de fracaso terapéutico en el seguimiento de los 12 meses.

Tabla 11.- Análisis discriminante del éxito/fracaso terapéutico (Echeburúa et al., 2000b)

A) Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante		
VARIABLES	ÉXITOS (N=49)	FRACASOS (N=20)
Satisfacción con el tratamiento	22.8 (2.1)	16.2 (5.4)
Consumo de alcohol	40.8 (45.3)	171.5 (132.9)
Neuroticismo	9.8 (3.8)	13.8 (4.9)
Centroide de los éxitos= 0.76 Centroide de los fracasos= -1.87		
B) Coeficientes tipificados de las variables discriminantes		
VARIABLES	COEFICIENTES	
Satisfacción con el tratamiento	-0.65	
Consumo de alcohol	0.56	
Neuroticismo	0.47	
C) Predicción de resultados		
GRUPOS REALES	GRUPOS PREDICHOS	
	Éxitos	Fracasos
Éxito: 49 (71.1%)	46 (93.88%)	3 (6.12%)
Fracaso: 20 (28.9%)	3 (15%)	17 (85%)
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 89.43%		

Como se puede observar, dos de las variables estudiadas (la insatisfacción con el tratamiento y el neuroticismo) coinciden como predictoras en uno y otro estudio. Por lo tanto, las dos se confirman como variables importantes a tener en cuenta, al menos en el tratamiento de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras.

Variables precipitantes de la recaída

En el estudio de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1999b) se analizaron las situaciones precipitantes de la recaída en los jugadores patológicos de máquinas tragaperras que

acuden a tratamiento. En el ámbito de la ludopatía estos factores era realmente desconocidos, puesto que solamente existía una investigación -y ésta era inespecífica- dirigida a tal fin (cfr. Marlatt y Gordon, 1985).

En concreto, se llevó a cabo un análisis de las variables precipitantes de la recaída en una muestra de 21 jugadores patológicos de máquinas tragaperras durante un período de seguimiento de 1 año. En este intervalo de tiempo los jugadores de la muestra sufrieron un total de 35 episodios de recaída, que tuvieron lugar, sobre todo, en los 3 primeros meses después de terminar el tratamiento. Las recaídas se producían, por orden de importancia, debido a un inadecuado manejo del dinero, a la presencia de estados emocionales negativos (ansiedad, depresión e ira), al consumo de alcohol, al deseo imperioso («*craving*») de jugar y a la presión social (tabla 12).

Tabla 12.- Factores precipitantes de la recaída en los jugadores patológicos (N=21)¹ (Fernández-Montalvo et al., 1999b)

Factores precipitantes	N (%)
Manejo inadecuado del dinero	17 (48,6%)
Estados emocionales negativos	9 (25,7%)
Consumo abusivo de alcohol	5 (14,3%)
Avidez por el juego (" <i>craving</i> ")	2 (5,7%)
Presión social	2 (5,7%)
TOTAL	35

¹ El número de sujetos recaídos es de 21. Sin embargo, el número total de conductas de recaída llevadas a cabo por estos pacientes es de 35.

La constatación de estos factores asociados a las recaídas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras es de suma importancia. Ello permite el diseño de guías de intervención elaboradas específicamente para la prevención de las recaídas en este tipo de pacientes.

Conclusiones

No se ha conseguido aún precisar con detalle el perfil psicológico del ludópata. La respuesta a esta cuestión requiere, probablemente, delimitar el tipo de juego al que el paciente es adicto. Por lo que se refiere a los jugadores de máquinas tragaperras, se trata de personas fundamentalmente ansiosas e impulsivas. Otras variables, como la inteligencia, la extraversión o la búsqueda de sensaciones, no son tan importantes. Sí lo son, en cambio, otros factores psicopatológicos (en concreto, el abuso de alcohol y la sintomatología depresiva) que parecen agravar la ludopatía. Asimismo los sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego y con la propia adicción al juego contribuyen a complicar el desarrollo de este cuadro clínico. La inadaptación al trabajo es una de las repercusiones más negativas de la ludopatía.

Se cuenta en estos momentos con instrumentos de evaluación adecuados, tanto a un nivel de "screening" como a un nivel diagnóstico. Los autoinformes disponibles, validados en una población española y que tienen buenas propiedades psicométricas, permiten objetivar este cuadro clínico, son sensibles al cambio terapéutico y resultan sencillos de aplicación.

El juego patológico responde razonablemente bien al tratamiento. Una terapia basada en el control de estímulos y la exposición *en vivo* con prevención de respuesta, seguida de una intervención cognitivo-conductual en prevención de recaídas, constituye el tratamiento de elección. Este enfoque diseñado por nuestro grupo resulta superior a otro tipo de modalidades terapéuticas (*cf.* Blaszczynski, 1993; Sylvain y Ladouceur, 1997) y cuenta con una tasa muy pequeña de abandonos (el 10%). El programa presentado resulta, por tanto, atractivo para los pacientes.

Permitásenos señalar algunas líneas futuras de investigación. Si bien el tratamiento psicológico es prioritario en el ámbito de la ludopatía, la adición de psicofármacos puede potenciar la terapia psicológica, al menos en algunos pacientes (jugadores con un elevado nivel de impulsividad, por ejemplo). En nuestro país se han realizado algunos intentos en este sentido (*cf.* Saiz-Ruiz y Ibáñez, 1999; Turón y Crespo, 1999), pero los resultados obtenidos hasta la fecha han sido inconcluyentes.

Otra línea de interés es la relacionada con los trastornos duales. En la clínica cotidiana es habitual la comorbilidad en el ámbito de la ludopatía (alcoholismo, esquizofrenia y deficiencia mental, principalmente, en el *eje I*; trastorno antisocial y *borderline* de la personalidad, en el *eje II*). En estos casos, las técnicas terapéuticas propuestas no se muestran tan útiles como en los jugadores *puros*.

No se debe dejar de lado el importante papel que desempeñan los grupos de autoayuda y los recursos comunitarios, así como los manuales de autoayuda. Todas estas alternativas terapéuticas requieren una evaluación cuidadosa que aún no se ha efectuado sistemáticamente.

Por último, una cuestión de gran interés es la referida a las diferencias individuales. Según la experiencia clínica, algunos jugadores, como ocurre también en el caso de ciertos bebedores y fumadores excesivos, pueden dejar de jugar por sus propios medios; otros, por el contrario, no responden ni al mejor de los tratamientos disponibles (Blaszczynski, 1993). De hecho, en uno de nuestros estudios (Echeburúa *et al.*, 1994) el 25% de los pacientes pertenecientes a un grupo de control de lista de espera habían dejado de jugar a pesar de no haber recibido ninguna intervención terapéutica durante un período de 6 meses. Por ello, la adaptación de los objetivos clínicos y de los programas de tratamiento a las necesidades individuales constituye una cuestión aún no resuelta.

Referencias

- Arribas, M.P. y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 255-269.
- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305.
- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 5-22.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, 30, 7-20.
- Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, 1, 409-440.
- 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.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 375-403.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000a, en prensa). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gamblers: long-term outcome. *Behavior Therapy*.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000b, en prensa). Predictors of therapeutic failure in pathological gamblers following behavioral treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Un nuevo instrumento de «screening». *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 211-223.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1999a). Variables de inteligencia y de personalidad de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo. *Psicología Conductual*, 7, 349-360.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1999b). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 115-121.
- Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
- Hayfield, D., McLeod, G. y Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- Ladouceur, R. y Walker, N. (1998). Aproximación cognitiva para la comprensión y tratamiento del juego patológico. *Revista de Psicología Contemporánea*, 5, 56-71.
- 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.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatment of pathological gambling. A two to nine year follow-Up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- Rodríguez-Martos, A. (1989). *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona. Salvat.
- Saiz-Ruiz, J. y Ibáñez, A. (1999). Las bases neurobiológicas del juego patológico. *Anuario de Psicología*, 30, 47-65.
- Sylvain, C. y Ladouceur, R. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.
- Turón, V. y Crespo, J.M. (1999). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Anuario de Psicología*, 30, 137-146.