

PSICOPATOLOGIA, VARIABLES DE PERSONALIDAD Y VULNERABILIDAD PSICOLOGICA AL JUEGO PATOLOGICO

Enrique ECHEBURUA ODRIOZOLA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Universidad del País Vasco

RESUMEN

El juego patológico es un trastorno de conducta con unos síntomas y criterios diagnósticos específicos. La tasa de prevalencia de este trastorno es alta y tiende a aumentar en el futuro. En este trabajo se revisan el concepto de juego patológico, los criterios diagnósticos, la epidemiología y los tipos de jugadores, así como los aspectos psicológicos implicados en el funcionamiento de las máquinas recreativas. Se estudian asimismo las variables de personalidad específicas. Se concluye que la reducción de un malestar fisiológico o de un estado de ánimo disfórico, junto con el "mecanismo de ejecución conductual", son las principales variables relacionadas con el juego patológico. Se señala también el papel desempeñado por las alteraciones cognitivas en el mantenimiento del juego y se indican, por último, algunas líneas de investigación futuras.

Palabras clave. Juego patológico. Epidemiología. Personalidad.

ABSTRACT

Psychopathology, personality variables, and vulnerability to pathological gambling. Pathological gambling is recognized as a mental disorder with explicit diagnostic signs and symptoms. It is a condition widely prevalent and one likely to increase in incidence in the future. The literature is reviewed as to diagnostic signs and symptoms, sub-varieties, epidemiology, and psychometric analysis, as well as personality traits. It is argued that pathological gamblers are not necessarily sensation seekers but that avoidance or reduction of noxious physiological states or dysphoric mood, in conjunction with a behaviour completion mechanism, is a major factor in explaining persistence in gambling. Erroneous perceptions about gambling may play an important role in the development and maintenance of gambling behaviors. Specific recommendations for future research are offered.

Key word. Pathological gambling. Epidemiology. Personality.

España es, probablemente, el país que más juega en apuestas de Europa y en el que más tipos de juegos existen. Según datos recogidos en el Libro Blanco del Juego (1986), en España existían en 1985 19 casinos, 718 bingos, 13.294

empresas de máquinas recreativas y de azar, 2.187 establecimientos de Lotería Nacional, 13.000 vendedores del Cupón de Ciegos, y múltiples hipódromos, canódromos y frontones donde se hacen apuestas. Las cifras recaudadas en España en 1988 figuran en la Tabla 1.

Millones de pesetas

I	Juegos controlados por el Ministerio del Interior	
1.	Casinos	127.920
2.	Bingos	483.209
3.	Máquinas recreativas	1.875.820
II.	Juegos controlados por el ONLAE*	
1.	Lotería Nacional	384.205
2.	Lotería Primitiva	156.843
3.	Bonoloto	40.717
4.	Quinielas de fútbol	21.915
III.	Otros juegos	
1.	Cupones de la ONCE	222.289
2.	Apuestas hípcas (QH)	1.108
TOTAL		3.277.941

* Fuentes: Comisión Nacional del Juego y Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado.

Tabla 1. Cifras del juego en España 1988

La distribución de los españoles respecto a la conducta de juego, según la encuesta que acompaña al Libro Blanco del Juego en España (1986), figura en la Tabla 2. El porcentaje mayor de jugadores juega a la lotería, las quinielas y los cupones de la ONCE; después, a las máquinas recreativas y los bingos, con una dedicación inferior a los demás tipos de juegos. Al casino se juega menos en España que en EE UU.

Los hombres tienden a jugar más en el casino, la lotería, las quinielas y las máquinas recreativas. Las mujeres juegan más en el bingo y en los cupones de la ONCE. Los

bingos constituyen para muchas mujeres (el 60% de los clientes son mujeres) y jubilados un centro de encuentro social. Al bingo y al casino se suele ir acompañado de amigos; a la lotería, a los cupones de la ONCE y a las máquinas recreativas, se suele jugar solo. Los hombres tienden a ser personas de clase media y con un cierto nivel cultural, con edades entre los 28 y 60 años; entre las mujeres predominan las solteras, divorciadas y viudas, de clase social media-baja, de más de 40 años, motivadas, al menos parcialmente, por la soledad, la ociosidad, una vida rutinaria, etc.

FRECUENCIA DE JUEGO	PORCENTAJE
Mucho	12 %
Poco o regular	66 %
Nada	20 %

Fuente: Libro Blanco del Juego en España (1986)

Tabla 2. Porcentaje de jugadores de apuestas en España sobre la población adulta

ASPECTOS PSICOLOGICOS IMPLICADOS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS MAQUINAS RECREATIVAS

Los casinos han estado reservados tradicionalmente a personas con una buena posición económica debido al importe relativamente alto de las apuestas e incluso a las exigencias de atuendo en las salas de juego. Los casinos son, además, escasos y están ubicados por ley en España a 20 - 25 kilómetros de las ciudades de más de 300.000 habitantes. El resto de las personas alimentaba esporádicamente sus fantasías de enriquecimiento rápido con la inversión de una cantidad de dinero no problemática en la lotería o en las quinielas.

Actualmente las máquinas recreativas son, junto con los bingos, el tipo de juego que más se ha desarrollado, con unas 450.000 máquinas repartidas por todo el país. De hecho, un 35% de la pequeña hostelería se mantiene gracias a la aportación de estas máquinas (González, 1989). Si bien no existen estudios epidemiológicos rigurosos sobre la tasa de prevalencia de jugadores patológicos en este tipo de juego, las máquinas recreativas presentan unas características que facilitan más la dependencia que otro tipo de juegos.

En primer lugar, la difusión de estas máquinas (en bares, lugares de recreo, etc.) es enorme y no está limitada a lugares específicos de juego. No se requiere un atuendo adecuado ni tampoco hay que desplazarse a un local dedicado a los juegos de azar. La tentación de jugar, que puede surgir en una gran variedad de situaciones, es, pues, mucho mayor, y se cuenta con una cierta aceptación social. En segundo lugar, y a diferencia de los casinos, el importe de las apuestas es muy bajo, con la posibilidad, sin embargo, de ganancias cuantiosas. En tercer lugar, la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado —la inmediatez del refuerzo, en términos del condicionamiento operante— tiende a fortalecer la con-

ducta de juego y a hacer más probable su aparición en el futuro. En cuarto lugar, el funcionamiento intrínseco de estas máquinas potencia una cierta “ilusión de control”, ya que el jugador manipula personalmente un pulsador que le sirve para empezar el juego, interrumpirlo y reprogramarlo, aumentar la apuesta y acelerar el ritmo del juego. Y en quinto lugar, hay una capacidad de fascinación específica de las máquinas recreativas que no tienen otros juegos de apuestas. Las luces intermitentes de colores, la música, el tintineo estrepitoso de las monedas cuando se gana, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica (aspecto de gran interés en las personas “buscadoras de estimulación”) y son, entre otros, elementos estimulares asociados a la conducta de juego que la potencian extraordinariamente.

En resumen, a las máquinas recreativas juega un porcentaje menor de la población que a otros juegos de apuestas. Son, sin embargo, por aquello de que unos pocos juegan mucho, el tipo de juego que más dinero recauda (alrededor del 57% de todo lo recaudado por juego) y que más jugadores patológicos alberga. La relación entre estas dos variables (cantidad de dinero recaudada y número de jugadores patológicos) se ha demostrado en otras conductas adictivas. En concreto, se ha establecido de forma clara que existe una estrecha relación entre el consumo medio de alcohol en una población dada y la tasa de problemas relacionados con el alcohol (cfr. Echeburúa, 1986; Peck, 1981). La tasa de prevalencia del juego patológico está positivamente relacionada con la accesibilidad de los juegos de apuestas y de azar (Allcock, 1986).

CONCEPTO DE JUEGO PATOLOGICO

El juego patológico se halla categorizado en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) como un **trastorno del control de los impulsos no clasificado en**

otros apartados, junto con la cleptomanía, la piromanía, etc. Las características generales de estos trastornos son: “el fracaso en resistir el impulso, la sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el acto, y la experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de consumir el acto” (DSM- III-R, pág. 385). En concreto, el juego patológico figura como un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que altera sustancialmente los objetivos personales, familiares y/o profesionales. En suma, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia con el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1991).

El DSM-III-R supone un vuelco respecto a los criterios diagnósticos del DSM-III (**Tabla 3**). En el DSM-III-R los criterios para el abuso de sustancias y para el juego patológico son básicamente los mismos si se sustituye el **juego** por la **sustancia adictiva**, con un énfasis especial en la pérdida de control (criterios 2 y 6) (Corless y Dickerson, 1989). De hecho, la diferencia del DSM-III-R respecto al DSM-III radica en subrayar los síntomas fisiológicos como la abstinencia y la tolerancia, que justifican la similitud de este cuadro con las características esenciales de la dependencia de sustancias psicoactivas (Lesieur y Heineman, 1988; Volberg y Steadman, 1988). De este modo, el juego patológico podría ser clasificadco como una adicción (**no tóxica**), pero la categoría de adicciones está limitada en el DSM-III-R a las conductas de ingesta de alcohol y otras drogas (Echeburúa y Báez, 1991).

Al margen de que sea discutible si en el juego patológico se produce un síndrome de abstinencia (en la muestra de Wray y Dickerson, 1981, había un 30% - 40% de sujetos con alteraciones de ansiedad y depresión tras el abandono del juego) y tolerancia (Dickerson, 1984), hay, sin embargo, muchos aspectos comunes al juego patológico, el alcoholismo y la

dependencia a otras drogas (Blume, 1986; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez-Martos, 1987):

1. La semejanza de las reacciones psicológicas tras el consumo de una sustancia adictiva o la ejecución de la conducta de juego en el jugador patológico.
2. La existencia de factores de personalidad comunes a las distintas conductas adictivas (Blaszczynski, Buhrich y McConaghy, 1985).
3. El solapamiento de los mundos sociales de los bebedores excesivos y de los jugadores patológicos (bares, “pubs”, etc.).
4. La aparición conjunta o secuencial, que se da con cierta frecuencia, de ambos tipos de problemas.
5. La pérdida de control sobre una actividad que al comienzo resulta lúdica o de relación social.
6. El deterioro gradual en el ámbito laboral y familiar y una evolución con muchas recaídas.
7. La desintegración de la unidad familiar.
8. El rechazo o minusvaloración de la existencia del problema, que suponen un gran obstáculo para la terapia.
9. La similitud de las pautas de conducta en la abstinencia y en la recaída.
10. El papel de los grupos de autoayuda en el tratamiento.
11. El valor de la terapia de grupo en los programas especializados.
12. El papel de los ex pacientes en el tratamiento de los alcohólicos, heroinómanos y jugadores patológicos.

Desde una perspectiva psicopatológica, los trastornos del estado de ánimo (depresión e hipomanía, fundamentalmente) y las conductas adictivas están asociados con frecuencia al juego patológico. En la muestra de 60 jugado-

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL JUEGO PATOLÓGICO EN EL DSM-III

- A. El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos a jugar
- B. El juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales, tal como viene indicado por, al menos, tres de los siguientes fenómenos:
 - 1. arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.
 - 2. incapacidad para satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.
 - 3. alteraciones familiares o conyugales debidas al juego.
 - 4. obtención de dinero a través de fuentes ilegales (usureros).
 - 5. incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.
 - 6. pérdida del trabajo debida al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.
 - 7. necesidad de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL JUEGO PATOLÓGICO EN EL DSM-III-R

Conducta de juego perjudicial, caracterizada al menos por cuatro de los siguientes síntomas:

- 1. preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.
- 2. con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado.
- 3. existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
- 4. intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar.
- 5. pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar.
- 6. esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.
- 7. con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
- 8. sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.
- 9. se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se acentúan con el juego.

Tabla 3. Criterios diagnósticos del juego patológico

res patológicos de McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984) había un 76% de casos de depresión y un 38% de hipomanía. La depresión, a su vez, está relacionada con una historia de acontecimientos vitales estresantes (Taber, McCormick y Ramírez, 1987). Desde este

punto de vista, la conducta de juego puede ser una forma de autoterapia para el estado de ánimo depresivo (Taber et al., 1987). No obstante, en un estudio reciente en donde se pone a prueba específicamente esta hipótesis, la depresión parece estar estrechamente ligada a los

efectos destructivos del juego en las vidas de los jugadores patológicos. De ahí que la depresión parezca ser más la consecuencia que la causa del juego patológico (Roy, Custer, Lorenz y Linnoila, 1988).

Por otra parte, la tasa de prevalencia del consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre jugadores patológicos oscila alrededor del 15% (Lesieur, 1985; Lesieur, Blume y Zoppa, 1986; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez-Martos, 1987, 1989), pero en algún estudio esta tasa sube hasta el 45% (Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983). El consumo de sustancias adictivas puede responder a motivaciones distintas, tales como la potenciación de la estimulación y del placer, el enfrentamiento a las vivencias de juego, el olvido de las pérdidas y/o la sustitución de la adicción (González, 1989).

Como ocurre en las conductas adictivas, el impacto del juego patológico va más allá del paciente identificado, ya que la familia, los amigos y el ambiente laboral están profundamente afectados por la problemática del juego del sujeto (McCormick y Ramírez, 1988). De hecho, el deterioro puede extenderse en algunos casos a la pareja del jugador, en forma de aumento de la bebida y del tabaco, de trastornos alimenticios, de gastos impulsivos sin control, etc. (Lorenz y Yaffee, 1988).

EPIDEMIOLOGIA DEL JUEGO PATOLOGICO

La tasa de prevalencia del juego patológico entre la población adulta oscila entre el 2% - 3%, según el DSM-III-R (APA, 1987), y el 0,5% - 3%, según otros estudios (Allcock, 1986; Volberg y Steadman, 1988). Los jugadores patológicos, al menos en nuestro contexto, muestran una dependencia fundamentalmente a las máquinas recreativas, ya sea en exclusiva o en combinación con otros juegos. La dependencia exclusiva a otros juegos de azar es mucho menor.

Los datos aportados por los distintos in-

formes no son del todo esclarecedores. En EE UU se han señalado cifras estimativas de jugadores patológicos que oscilan entre 1,1 y 4 millones en el año 1986 (Peck, 1986). En realidad, el único estudio epidemiológico riguroso hasta la fecha en EE UU ha sido el llevado a cabo por *The Commission on the Review of the National Policy toward Gambling* (1976), que establece la existencia de 1,1 millones de jugadores patológicos (0,77% de la población) y de 3,3 millones de jugadores problemáticos (2,33% de la población). En otro estudio epidemiológico más reciente (Culleton y Lang, 1985), pero de alcance más limitado, la tasa de jugadores patológicos asciende al 3,4% de la población adulta.

En Alemania los datos son más parciales y menos concluyentes. Por ejemplo, en el ámbito de las máquinas recreativas, puede haber 1 millón de jugadores, de los que 200.000 (el 20% del total) pueden ser jugadores patológicos (Meyer, 1986). En la Tabla 4 figura un resumen de los estudios epidemiológicos internacionales llevados a cabo hasta la fecha, con indicación de la metodología utilizada.

Por lo que a España se refiere, no se dispone hasta la fecha de estudios epidemiológicos rigurosos. Las cifras que se manejen deben, pues, utilizarse con cautela. Si se tiene en cuenta que España tiene una gran oferta de juegos con apuestas y que la legislación actual es liberal al respecto -aspectos que son comunes a EE UU-, se podría extrapolar la tasa aproximada, con un criterio conservador, de un 1% de jugadores patológicos y de un 2,5% de jugadores problemáticos entre la población mayor de 18 años. La cifra total así estimada (sobre un censo total de 30.000.000 españoles mayores de 18 años) sería de 250.000- 300.000 jugadores patológicos y de 650.000 jugadores problemáticos actualmente en España, con las reservas anteriormente apuntadas.

El trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son mucho

AUTORES	LUGAR	AÑO	METODOLOGÍA EMPLEADA	%JUGADORES PATOLÓGICOS POTENCIALES	% JUGADORES PATOLÓGICOS
Dicherson, M.	Inglaterra	1974	Estimación		0,2%
Commission on the Review of the National Policy toward Gambling	EE.UU	1976	Entrevista estructurada	2,33%	0,77%
Brithis Royal Commission in Gambling	Inglaterra	1976-78	Estimación		1%
Custer, R. L.	EE.UU	1982	Estimación		2%
Culleton, R.	Ohio (EEUU)	1982	Estimación	3,4%	2,5%
Culleton, R. y Lang, M.	Deleware Val (EEUU)	1985		3,4%	
Alcock, C.C.	Australia	1986	Estimación		de 0,5 a 1%
Volberg, R. y Steadman, H.	New York (EEUU)	1986	SOGS*(1), adaptado a entrevista telefónica	2,8%	1,4%
Oudshoorn y Reelick	Rotterdam Holanda	1988	Estimación		de 0,7 a 1,78%
Sommers, I.	Pennsylvania y N. Jersey (EEUU)	1988	(GB) ⁽²⁾ , adaptado a entrevista telefónica	4,12%	3,37%
Volberg, R. y Steadman, H.	N. Jersey (EEUU)	1989	SOGS*(1), adaptado a entrevista telefónica	2,8%	1,4%
Lorenz, V.	EEUU	1989	Estimación		3%
Volberg, R. y Steadman, H.	Maryland EEUU	1989	SOGS*(1), adaptado a entrevista telefónica	2,4%	1,5%

*1: South Oaks Gambling Survey (Lesieur y Blime, 1987)

*2: Inventory of Gambling Behavior (Custer, 1978)

Tabla 4: Datos epidemiológicos de la revisión bibliográfica

más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente. De hecho, si hay una razón de 2/3:1 entre hombres y mujeres en el juego patológico, sólo 1 de cada 10 pacientes en tratamiento es mujer (Lesieur y Blume, 1989).

A diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico está presente en todas las edades y las clases sociales (con las peculiaridades señaladas en la **Introducción**). En general, las pautas de juego tienden a consolidarse en la adolescencia en el caso de los hombres y algo más tardíamente en el caso de las mujeres. Con diversas oscilaciones, estas pautas tienden a cronificarse con el paso del tiempo.

No siempre el diagnóstico se lleva a cabo de una forma correcta. Los trastornos asociados a este problema -la depresión y las conductas adictivas, especialmente- pueden enmascarar el problema y conducir a veces a diagnósticos equivocados, con una infravaloración del problema (McCormick y Ramírez, 1988).

TIPOS DE JUGADORES

Las tipologías expuestas en la bibliografía son múltiples, pero con un cierto confusiónismo conceptual. Desde una perspectiva empírica, conviene distinguir entre los **jugadores sociales** y los **jugadores patológicos** (González, 1989).

Los **jugadores sociales** juegan ocasionalmente y lo hacen por entretenimiento, satisfacción o en el marco de una interacción social. Independientemente de las ganancias o pérdidas, la interrupción del juego es una habilidad que está bajo control y que es fruto, al menos, de tres aspectos (Custer, 1984): el resultado de las apuestas no influye en la autoestima personal, otras dimensiones de la vida son más reforzantes que el juego, y, por último, las ganancias o pérdidas obtenidas son, en general, modestas.

Los **jugadores patológicos**, por el con-

trario, presentan un juego descontrolado, que responde a las siguientes pautas: a) una frecuencia de la conducta de juego y/o una inversión en tiempo y dinero extraordinariamente altas; b) la apuesta de una cantidad de dinero superior a la planeada; y c) los pensamientos recurrentes y el deseo compulsivo de jugar, sobre todo cuando han perdido. La necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido, así como el fracaso reiterado en el intento de resistir el impulso de jugar, son características distintivas del juego patológico. Desde una perspectiva cognitiva, el optimismo irracional y el pensamiento supersticioso (ir a jugar vestido de la misma forma, jugar siempre en la misma máquina, etc.) son distorsiones cognitivas presentes en los jugadores patológicos.

El conocimiento de la transición del juego social al juego patológico dista de estar claro. Se sabe, sin embargo, que dicha transición puede estar mediada, entre otras, por unas variables de personalidad, que constituyen la vulnerabilidad psicológica al juego patológico.

VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA AL JUEGO PATOLÓGICO

La pérdida de control respecto al juego depende, básicamente, de cuatro variables: la naturaleza misma del juego (con una mayor capacidad adictiva por parte de las máquinas e creativas, como ya se ha expuesto), la disponibilidad ambiental de juegos de apuestas, la mayor o menor integración cultural de los juegos ofertados (con un mayor riesgo en el caso de los juegos recientes, ante los que todavía las personas no han desarrollado unas estrategias adecuadas para afrontarlos) y, por último, la vulnerabilidad psicológica al juego patológico.

El estudio de la vulnerabilidad al juego se ha hecho a partir de los factores predisponentes, de los rasgos de personalidad, de los factores de condicionamiento al juego, del es-

tilo cognitivo y del nivel de "arousal" (ya que durante el juego se experimenta una mezcla de placer y tensión).

Factores predisponentes

Si bien el conocimiento de estos factores es escaso hasta la fecha, parecen ser variables significativas una disciplina familiar excesivamente permisiva, los valores familiares apoyados en los símbolos materiales y financieros y en el despilfarro, la exposición al juego durante la adolescencia y, en el caso de las mujeres jugadoras, la existencia de maridos con dependencia alcohólica o que se encuentran mucho tiempo fuera de casa (APA, 1987).

Dimensiones de personalidad y vulnerabilidad al juego

El papel del "arousal" y de la búsqueda de estimulación se ha señalado recientemente (Brown, 1986, 1987; Dickerson, Hinchey y Fabre, 1987) como una variable significativa en la adquisición del juego patológico. En el estudio de Dickerson et al. (1987) el nivel de "arousal" es mayor en los jugadores habituales que en los jugadores esporádicos. Los "buscadores de estimulación" perciben los riesgos como menores y la excitación anticipada como más positiva. Es verdad que la búsqueda de estimulación es una variable de personalidad de raigambre biológica (Zuckerman, 1983), pero también lo es que esta dimensión puede correlacionar con conductas muy diversas (deportes de riesgo, vida aventurera, promiscuidad sexual, consumo de drogas, juego patológico, etc.).

La adopción de la conducta de juego en el caso de los "buscadores de estimulación" va a depender, en buena medida, de la disponibilidad ambiental y de la exposición a modelos de juego. De hecho, la probabilidad de que los hijos de jugadores patológicos se conviertan ellos mismos en jugadores patológicos puede

llegar hasta el 50% de los casos en el estudio de Lesieur y Heineman (1988).

Los resultados no son, sin embargo, concluyentes. Según un estudio reciente llevado a cabo con el MMPI (Adkins, Kruegelbach, Toohig y Ruggle, 1987), los jugadores de **juegos de habilidad** son más expansivos, necesitan de un mayor contacto social y tienden hacia la búsqueda de situaciones estimulantes, mientras que los sujetos de los **juegos de azar** (las máquinas recreativas, entre otros) son menos gregarios, más pasivos y tienden con mayor facilidad a la depresión.

Desde la perspectiva de la teoría de rasgos, los jugadores patológicos tienden a presentar un alto nivel de neuroticismo (Roy et al., 1988). El grado de extraversión varía en los diferentes estudios, alta en algunos de ellos (Seager, 1970), pero baja en otros (Blaszczynski, Wilson y McConaghy, 1986). La explicación de esta inconsistencia de los resultados puede estar relacionada con el tipo de juego estudiado, con una tendencia a una mayor extraversión en los juegos de habilidad y a una mayor introversión en los juegos de azar.

Desde un enfoque cognitivo, los jugadores patológicos presentan un "locus de control" más bien externo (Malkin y Syme, 1986). Una vez más, conviene distinguir entre los juegos de azar y los juegos de habilidad, con un "locus de control" externo en el primer caso e interno en el segundo. Incluso en este último caso no está claro si el "locus de control" influye directamente en la conducta de juego o más bien a través de la "ilusión de control" del jugador (Gaboury y Ladouceur, 1989; Hong y Chiu, 1988).

Un estilo cognitivo caracterizado por un pensamiento supersticioso y un estilo atribucional interno, global y estable referido a los sucesos negativos, así como una baja autoestima y unas habilidades de afrontamiento muy limitadas (que pueden potenciar los sueños irreales de grandeza), pueden funcionar como elementos facilitadores del juego patológico.

lógico. Con este tipo de estilo atribucional -característico de la depresión-, la conducta de juego puede funcionar como un medio de afrontamiento, por su carácter de alta activación, para hacer frente a las conductas depresivas (Taber et al., 1987).

Es prematuro en la actualidad definir el perfil psicológico del jugador patológico. Ninguno de los estudios ha conducido a una identificación predictiva de los jugadores patológicos ni a recomendaciones específicas para el tratamiento, como también ha ocurrido con la bibliografía psicométrica sobre el alcoholismo (Echeburúa y Báez, 1991; Knapp y Lech, 1987).

Mantenimiento del juego patológico

El mantenimiento de la conducta de juego en los jugadores patológicos, pese al deterioro de todo tipo que comporta, se puede explicar a partir de cuatro variables: el valor reforzante del juego, el aumento del "arousal" psicofisiológico como eforzador en sujetos "buscadores de sensaciones", el "mecanismo de ejecución conductual" y las alteraciones cognitivas. El peso específico de cada uno estos factores es variable en cada sujeto.

El juego se mantiene por **reforzadores positivos y negativos**. Dada la naturaleza del juego, la conducta de jugar se mantiene básicamente por reforzamiento intermitente, que es el tipo de reforzamiento más efectivo para mantener la conducta y el que la hace más resistente a la extinción. El programa de reforzamiento implícito en las máquinas recreativas es de "razón variable", con una intensidad asimismo variable. Con dichos programas la tasa de respuestas es muy alta y estable, ya que la propia conducta del sujeto controla la frecuencia de la recompensa (cuanto más rápido responde, más frecuentemente será reforzado) y que el sujeto no adquiere una expectativa precisa acerca del número de respuestas emitidas por cada recompensa (Brown, 1987).

El jugador estable, en general, siempre va a perder dinero; el jugador inestable tiene una probabilidad de ganar que dependerá de su suerte, pero no de su conducta: es un sujeto con una probabilidad de pérdidas menor que la de un sujeto estable. Si en un jugador patológico la conducta de juego se mantiene en las primeras fases por reforzamiento positivo (los premios), en una fase ulterior se mantiene por reforzamiento negativo (para evitar un estado aversivo de ansiedad por haber perdido y de privación económica). Desde esta misma perspectiva, el juego se puede potenciar ante las situaciones de malestar o de baja autoestima (por ejemplo, tras un contratempo en el trabajo o después de una pelea con la mujer). De este modo, se llega a crear un círculo vicioso: si el sujeto juega habitualmente, va a perder, lo cual producirá un estado mayor de privación y, además, generará ansiedad; si el sujeto no juega, va a sufrir los efectos ansiógenos por el hecho de evitar el juego (Dickerson, 1979; Knapp, 1976).

El **aumento del "arousal" psicofisiológico** es un potente reforzador en sujetos "buscadores de sensaciones". La incertidumbre que produce el juego es muy excitante. La excitación, reflejada en un aumento de la tasa cardíaca, es uno de los más importantes reforzadores de la conducta de juego en los jugadores habituales. Las diferencias individuales en la "búsqueda de sensaciones" están implicadas también en la conducta de juego. En suma, la dependencia de los jugadores patológicos -al menos, de este subtipo de jugadores- puede ser justamente a su propia excitación autonómica y/o cortical y a los efectos físicos y psicológicos de la misma más que a la consecución de una fortuna (Brown, 1987).

Según la teoría del "**mecanismo de ejecución conductual**" (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1988), se establece en el Sistema Nervioso Central un mecanismo de terminación de una conducta

cuando dicha conducta se convierte en habitual. Este mecanismo es activado cuando la persona está en presencia de estímulos que precedieron a la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta. Si la conducta no es completada -más aún en el caso de conductas ilícitas o generadoras de sentimientos de culpa- cuando el sujeto es estimulado para llevarla a cabo, el mecanismo de ejecución conductual produce un aumento de activación y, por tanto, de tensión subjetiva. La aversividad de esta situación fuerza al sujeto a completar la conducta, incluso aunque no desee hacerlo.

Los jugadores patológicos no son necesariamente "buscadores de estimulación", sino que la evitación de estados fisiológicos negativos o de un estado depresivo, junto con el "mecanismo de ejecución conductual", son los factores más importantes para explicar la persistencia en el juego (Blaszczynski et al., 1986).

Ciertas **alteraciones cognitivas** contribuyen también a mantener el juego patológico. La regularidad de participación en el juego erosiona la racionalidad, facilita el establecimiento de pensamientos irracionales y lleva a asumir más conductas de riesgo. En concreto, la familiaridad con el juego fomenta la "ilusión de control" por parte del sujeto (Hong y Chiu, 1988; Ladouceur y Mayrand, 1986), así como la autoeficacia percibida en relación con la probabilidad de ganancias. De ahí que los jugadores regulares tengan más pensamientos irracionales que los jugadores ocasionales, independientemente del tipo de juego, y que asuman más conductas de riesgo (Gaboury y Ladouceur, 1989). Por otra parte, los jugadores patológicos tienden a evaluar los resultados del juego de una manera sesgada, y eso es lo que les permite persistir en el juego a pesar de las pérdidas reiteradas (Ladouceur, Mayrand y Tourigny, 1987).

CONCLUSIONES

Las explicaciones teóricas sobre la ad-

quisición y el mantenimiento del juego patológico han sido enfocadas desde múltiples perspectivas: los programas de reforzamiento (Dickerson, 1979; Knapp, 1976), el aumento del "arousal" como reforzador en sujetos "buscadores de estimulación" (Brown, 1986, 1987; Dickerson et al., 1987), el "mecanismo neurofisiológico de ejecución conductual" (McConaghy et al., 1988), la "ilusión de control" y la percepción sesgada de los resultados del juego (Gaboury y Ladouceur, 1989; Hong y Chiu, 1988), etc. Sin embargo, el alcance teórico de dichas explicaciones no ha arrojado mucha luz, al menos por el momento, al desarrollo de estrategias terapéuticas eficaces. No está claro tampoco si las diferencias individuales en los tipos de jugadores patológicos son predictivos de objetivos terapéuticos específicos (juego controlado o abstinencia) o de tratamientos diferenciales (individuales o grupales, en régimen ambulatorio o de internamiento, etc.) (Echeburúa y Báez, 1991).

No obstante, el refinamiento de las técnicas terapéuticas eficaces exige un conocimiento más detallado de las variables de personalidad y de los factores psicológicos que influyen en la adquisición y el mantenimiento del juego patológico. Desde la perspectiva de la eficacia terapéutica, por ejemplo, existe un espectro distinto de acción de una misma terapia en función de distintos factores de personalidad (Echeburúa, 1991). Una cuestión de gran interés, en relación con las diferencias individuales, es si todos los jugadores patológicos necesitan tratamiento para controlar su hábito. Aunque no hay investigaciones controladas sobre la evolución espontánea de los jugadores patológicos no tratados, algunos, como ocurre también en el caso de ciertos bebedores excesivos y de ciertos fumadores, pueden dejar de jugar por sus propios medios; otros, por el contrario, no responden ni al mejor de los tratamientos disponibles (Blaszczynski, 1985). La adaptación de los objetivos terapéuticos y de los progra-

mas de tratamiento a las necesidades individuales es una cuestión no resuelta que requiere una detallada investigación.

Son ya varios los estudios sobre la personalidad de los sujetos dependientes del juego. Estos trabajos se combinan a menudo con intentos de determinar retrospectivamente las circunstancias psicológicas y sociales que han influido en la persona desde edad temprana. Pero con esta metodología es difícil delimitar los rasgos previos del paciente de los desarrollos emocionales que son consecuencia del juego patológico, sobre todo cuando interviene además el consumo de alguna sustancia adictiva (Echeburúa, 1987).

Una línea sugerente de investigación es determinar si juegos específicos atraen a personalidades específicas. En la actualidad, debido al uso de múltiples juegos entre los sujetos aquejados de este trastorno, es muy difícil demostrar una relación entre la preferencia por un juego determinado y los rasgos de personalidad y/o la vulnerabilidad psicológica. Sin embargo, una explicación, al menos parcial, de la relativa inconsistencia de los resultados obtenidos hasta la fecha puede estar

relacionada con la diversidad de tipos de juegos estudiados.

Por último, el desarrollo de unas estrategias de prevención adecuadas no puede hacerse a espaldas de un conocimiento detallado de la vulnerabilidad psicológica al juego patológico.

Los programas de prevención inespecíficos, al menos en el ámbito de las conductas adictivas, están abocados al fracaso. Si bien existe una estrecha relación entre la accesibilidad de los juegos de apuestas y de azar y la tasa de prevalencia del juego patológico (Allcock, 1986), este trastorno de conducta afecta específicamente a un tipo de personas. Ahondar en el conocimiento de las variables de personalidad y en los factores de vulnerabilidad psicológica permitirá diseñar programas de prevención específicos. Este es, sin duda, uno de los retos del futuro.

Agradecimiento: El autor agradece las valiosas sugerencias y aportaciones de Concepción Báez Gallo a una primera redacción de este manuscrito.

REFERENCIAS

- Adkins, B.J., Kruegelbach, N.G., Toohig, T.M. y Rugle, L. (1987). *The relationship of gaming preferences to MMPI Personality Variables*. Cleveland Veterans Administration Medical Center. Brecksville Unit.
- Allcock, C.C. (1986). Pathological Gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington, DC. A.P.A.
- Blaszczynski, A.P. (1985). A Winning Bet: Treatment for Compulsive Gambling. *Psychology Today*, December: 38-46.
- Blaszczynski, A.P., Buhrich, N. y Mcconaghy, N. (1985). Pathological Gamblers, Heroin Addicts and Controls Compared on the EPQ "Addiction Scale". *British Journal of Addictions*, 81, 113-117.
- Blaszczynski, A.P., Wilson, A.C. y Mcconaghy, N. (1986). Sensation Seeking and Pathological Gambling. *British Journal of Addictions*, 81, 113-117.
- Blume, S.B. (1986). Treatment of the addictions: alcoholism, drug dependence and compulsive gambling in a psychiatric setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 131-133.
- Brown, R.I. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explana-

- tion of gambling and gambling addictions. *International Journal of Addictions*, 21, 1001-1016.
- Brown, R.I. (1987). Classical and operant paradigms in the management of gambling addictions. *Behavioural Psychotherapy*, 15, 111-122.
- Corless, T. y Dickerson, M. (1989). Gamblers' Self-Perceptions of the Determinants of Impaired Control. *British Journal of Addictions*, 84, 1527-1537.
- Commission on the review of the National Policy Toward Gambling (1976). *Gambling in America*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Culleton, R. y Lang, M.H. (1985). *Supplementary report on the prevalence of pathological gambling in the Delaware Valley in 1984*. Camden, NJ.: Rutgers/Canada Forum for Policy Research and Public Service.
- Custer, R.L. (1984). Profile of the Pathological Gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 2-12.
- Dickerson, M. (1979). FI schedules and persistence of gambling in the U.K. betting office. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 315-323.
- Dickerson, M. (1984). *Compulsive Gamblers*. London. Longman.
- Dickerson, M., Hinchy, J. y Fabre, J. (1987). Chasing Arousal and Sensation Seeking in Off-course Gamblers. *British Journal of Addictions*, 82, 673-680.
- Echeburua, E. (1986). El alcoholismo en el País Vasco: algunas claves socioculturales. *Revista Internacional de los Estudios Vascos*, 31, 1019-1032.
- Echeburua, E. (1987). Dependencia al alcohol y a las drogas: variables sociológicas y psicológicas relevantes. En A. Beristáin (Ed.). *Las drogas: reflexión multidisciplinar*. Bilbao. Universidad del País Vasco.
- Echeburua, E. (1991, en prensa). Las variables de personalidad y la terapia de conducta. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*.
- Echeburua, E. y BAEZ, C. (1991, en prensa). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous Perceptions and Gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 411-420.
- Gonzalez, A. (1989). *Juego patológico: Una nueva adicción*, Madrid: Tibidabo.
- Hong, Y. y Chiu, C. (1988). Sex, Locus of Control, and Illusion of Control in Hong-Kong as Correlates of Gambling Involvement. *The Journal of Social Psychology*, 128, 667-673.
- Knapp, T.J. (1976). A functional analysis of gambling behavior. En W.R. Eadington (Ed.). *Gambling and Society*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Knapp, T.J. y Lech, B.C. (1987). Pathological gambling: A review with recommendations. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 9, 21-49.
- Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1986). Caractéristiques psychologiques de la prise de risque monétaire des joueurs et des non-joueurs á la roulette. *International Journal of Psychology*, 21, 433-443.
- Ladouceur, R., Mayrand, M. y Tourigny, Y. (1987). Risk taking behavior in gamblers and non-gamblers during prolonged exposure. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 115-122.
- Lesieur, H.R. (1985). Alcohol, Other Drugs and Gambling: A study at South Oaks Hospital. *The National Council on Compulsive Gambling. Newsletter*, 1, 3-4.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1989). When Lady Luck Loses: Women and Compulsive Gambling. En N. Van Den Bergh (Ed.). *Feminist Perspectives on Treating Addictions*. New York: Springer.
- 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. y Heineman, M. (1988). Pathological Gambling Among Youthful Multiple Substance Abusers in a Therapeutic Community. *British Journal of Addictions*, 83, 765-771.
- Lorenz, V. y Yaffee, R. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional,

- and marital difficulties as reported by spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
- Malkin, D. y Syme G. (1986). Personality and problem gambling. *International Journal of Addictions*, 21, 267-272.
- Mcconaghy, N., Armstrong, M., Blaszczyński, A. y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, 12, 371-384.
- Mccormick, R. y Ramírez, L. (1988). Pathological Gambling. En J.G. Howells (Ed.). *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*. New York: Brunner/Mazel Inc.
- Mccormick, R., Russo, A., Ramirez, L. y Taber, J. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- Meyer, G. (1986). Addiction to gambling. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 34, 140-156.
- Peck, D. (1981). Progresos en el estudio y tratamiento del alcoholismo. En D. Peck y J. Cáceres. *Avances en la terapia de conducta*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Peck, C.P. (1986). Risk-Taking Behavior and Compulsive Gambling. *American Psychologist*, 41, 461-465.
- Ramirez, L.F., Mccormick, R.A., Russo, A.M. y Taber, J.I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors*, 8, 425-428.
- Rodríguez-Martos, A. (1987). *El juego. Otro Modelo de dependencia. Aspectos Comunes y Diferenciales con respecto a las Drogodependencias*. Barcelona: APAT. Fons Informatiu, nº 12.
- Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa DROSS. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 265-275.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V. y Linnoila, M. (1988). Depressed pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 77, 163-165.
- Seager, C.P. (1970). Treatment of Compulsive Gamblers by Electrical Aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553.
- Taber, J., Mccormick, R. y Ramirez, L. (1987). The prevalence and Impact of Major Life Stressors among Pathological Gamblers. *International Journal of Addictions*, 22, 71-79.
- Taber, J., Mccormick, R., Russo, A., Adkins, B. y Ramirez, L. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, 757-761.
- Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1988). Refining Prevalence Estimates of Pathological Gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.
- Wray, I. y Dickerson, M.G. (1981). Cessation of high frequency gambling and "withdrawal" symptoms. *British Journal of Addictions*, 76, 401-405.
- Zuckerman, M. (1983). *Biological Bases of Sensation Seeking, Impulsivity and Anxiety*. New Jersey: Erlbaum.