

Variables psicológicas y adictivas en una muestra de jugadores patológicos

Maria Consuelo Llinares Pellicer¹, Patxi Santos Diez*², Inma Camacho Ferrer³,
Carmen Albiach Catalá⁴, Carmen Palau Muñoz⁵

¹ Unidad de Conductas Adictivas de la Mancomunitat de Municipis de la Safor. Área de Salud nº 11. Gandia, Valencia.

² Unidad de Conductas Adictivas del Área de Salud nº 13. Xàtiva, Valencia. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

³ Unidad de Conductas Adictivas del Área de Salud nº 12. Denia, Alicante. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

⁴ Unidad de Conductas Adictivas de la Mancomunitat L'Horta Nord. Área de Salud nº 4. Massamagrell, Valencia.

⁵ Unidad de Conductas Adictivas del Área de Salud nº 5. Paterna Valencia. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Resumen: *Objetivos:* estudiar la severidad de la adicción al juego, el estadio de cambio, la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y por último el consumo, abuso o dependencia de sustancias adictivas. Analizar la relación entre las variables estadio de cambio, edad y sexo con el resto de las variables.

Material y método: se recoge información a través de la entrevista clínica, SOGS, BDI, STAI y CBA. La muestra está compuesta por 158 sujetos (140 varones y 18 mujeres) adictos al juego.

Resultados: se ha obtenido una severidad de la adicción al juego elevada, altos niveles de ansiedad rasgo y estado y un estado emocional disfórico. La mitad de la muestra se ubica en el estadio de contemplación. Casi la mitad de la muestra presenta consumo de alcohol asociado a la conducta de juego.

Conclusiones: Consideramos que aquellos sujetos que presentan consumo problemático de alcohol requieren una intervención específica. Tanto los precontempladores como los sujetos en actuación presentan un menor grado de depresión, consideramos que debido a falta de concienciación y/o negación del problema en el caso de los primeros y a la autoeficacia percibida derivada del éxito conseguido en los segundos.

Palabras clave: Juego patológico; estadios de cambio; depresión; ansiedad; severidad de la adicción; drogas.

Title: Addictive and psychological factors in a sample of pathological gamblers.

Abstract: *Objectives:* The aim of the present work is to study the following variable factors: severity of pathological gambling, stage of change, anxiety and depression, and drug use, abuse or dependency. This work is also intended to study the existing relation among the variables stage of change, age and sex, and the remaining ones.

Material and Methods: Data has been obtained from a clinical interview, SOGS, BDI, STAI, and CBA. The sample consists of 158 subjects (140 males and 18 females) all being addicted to gambling.

Results: Results shows high severity on pathological gambling, high levels of both trait anxiety and state anxiety, as well as dysphoric mood. ½ of the sample subjects are in a contemplative state. Almost ½ of them show signs of gambling associated alcohol consumption.

Conclusions: In our opinion, subjects with alcohol consumption associated problems require a specific kind of therapy. Subjects in a pre-contemplative stage have lower depression levels due to lack of concern and negation of the problem. Although subjects under treatment also show lower depression levels, in their case it is due to perceived self-efficiency following therapy instructions.

Key words: Pathological gambling; stage of change; depression; anxiety; addiction severity; drugs.

Introducción

El crecimiento de la ludopatía o juego patológico está en relación directa con el aumento y difusión, con restricciones muy limitadas, de la oferta de juego. La indefensión ante esta ava-

lancha afecta tanto a las personas más vulnerables psicológicamente como a aquellas que atraviesan situaciones de estrés emocional o dificultades económicas.

El incremento del juego en España ha sido exponencial desde su legalización en 1977 (Be-coña, 1996). España es, actualmente, junto con Alemania el país con mayor gasto en juego *per capita* de Europa y uno de los mayores del

* **Dirección para correspondencia:** Patxi Santos Diez, Unidad de Conductas Adictivas (U.C.A). Xàtiva. Hospital Antiguo. 46800. Xàtiva. Valencia (España).
E-mail: patxisan@correo.cop.es

mundo (Rosenthal *et al.*, 1994 y Hand *et al.*, 1995).

Los juegos que originan más adicción son los que permiten la mayor proximidad espacial y temporal entre la apuesta y el premio (condicionamiento clásico y operante), tal como ocurre con las máquinas tragaperras y los diversos juegos de casino, sobre todo la ruleta (Alonso, 1996).

Diversos estudios sobre la prevalencia del juego patológico en España indican que oscila entre el 1,36% de la población mayor de 18 años y un 3 % (Legarda *et al.*, 1992; Becoña, 1993; Becoña, 1995).

A pesar de que la conducta de juego ha existido desde tiempos remotos, no fue reconocido oficialmente como trastorno hasta 1980, año en el que la Sociedad Americana de Psiquiatría (A.P.A., 1980), en el DSM-III incluyó el juego patológico como uno de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados, junto a la cleptomanía, la piromanía y el trastorno explosivo intermitente. Es en el DSM-III-R (A.P.A., 1987) donde el juego patológico aparece ya claramente como una dependencia sin drogas.

La creciente demanda de tratamiento por parte de usuarios con problemas de juego en las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) en la Comunidad Valenciana, desde su creación, nos plantea la necesidad de profundizar en el conocimiento de este trastorno adictivo de carácter eminentemente comportamental.

El objetivo del presente estudio es estudiar la severidad de la adicción al juego, el estado emocional y psicológico, nivel de motivación al cambio y uso concomitante de sustancias de los adictos al juego. Además, pretendemos analizar la relación existente entre las variables estadio de cambio, edad y sexo con el resto de las variables.

Método

Muestra

La muestra está constituida por 158 sujetos (140 varones y 18 mujeres) que acudieron a

cinco Unidades de Conductas Adictivas de la Comunidad Valenciana (UCAs de Gandía, Xàtiva, Denia, Massamagrell y Paterna) demandando tratamiento por presentar adicción al juego y que cumplían criterios diagnósticos DSM-IV (A.P.A., 1994) de juego patológico. El criterio de elección de la muestra fue el de seleccionar, para cada centro, las entradas consecutivas desde febrero de 1998 hasta junio de 2001.

Instrumentos

El cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), (Lesieur y Blume, 1987, validado en España por Echeburúa *et al.* 1994 b): es un cuestionario de 20 ítems elaborado según los criterios del DSM-III (A.P.A., 1980) pero que se adapta también a los del DSM-III-R (A.P.A., 1987). Este cuestionario constituye el instrumento más fiable y válido que disponemos en la actualidad de "screening" sobre el juego patológico, siendo el más utilizado en diferentes contextos y culturas. Ahora bien, tiene una limitación, que las preguntas tienen un carácter atemporal y por ello no es sensible al cambio terapéutico. El SOGS se ha validado recientemente en la población española (Echeburúa *et al.* 1994).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado 0,40. La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

Inventario de Depresión de Beck (BDI), (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) está formado por 21 ítems que valoran en una escala de cuatro puntos (ausente, leve, moderada o grave) la severidad de diversos síntomas o componentes cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión. Siguiendo el criterio utilizado por Páez (1986), una puntuación total en el BDI igual o superior a 11 es indicadora de algún grado de depresión (al menos subjetiva), aunque en ningún caso en este estudio este criterio es interpretado como

equivalente a un criterio clínico de depresión. Según el mismo criterio, una puntuación en el BDI entre 11 y 29 puntos podría indicar depresión leve o moderada y una puntuación igual o superior a 30 podría indicar la existencia de depresión clínica.

El *Cuestionario Breve de Alcohólicismo (CBA)*, (Feuerlein, 1976) valora el consumo abusivo de alcohol y está formado por 22 ítems con una puntuación dicotómica (SI / NO). Es una prueba de "screening" que permite detectar de forma temprana los problemas de bebida, pero no es propiamente una prueba diagnóstica de alcoholismo. El punto de corte es una puntuación superior a 5. La utilización de esta prueba suele ser muy eficaz debido a los niveles elevados de consumo de alcohol por parte de los jugadores.

El *estadio de motivación al cambio* fue evaluado por el psicólogo de la U.C.A. al inicio de tratamiento. Para estudiar el estadio de cambio se intercalaron durante la primera entrevista las siguientes preguntas: ¿juegas en la actualidad?, ¿estás considerando seriamente dejar de jugar en los próximos 6 meses?, ¿te planteas dejar de jugar en los próximos 30 días?, ¿has dejado de jugar, al menos una semana, durante el año pasado? y ¿cuánto tiempo llevas sin jugar?. Se trata una adaptación de un sistema de clasificación categorial basado en una serie de preguntas mutuamente excluyentes desarrollado por DiClemente *et al.* (1991) y Prochaska y DiClemente (1992) para fumadores. El *precontemplador* contestaría que está jugando en la actualidad y no considera seriamente dejar de jugar en los próximos 6 meses. El *contemplador* juega en la actualidad pero considera seriamente dejar de jugar en los próximos 6 meses. El *preparado para el cambio* juega en la actualidad pero está planeando dejar de jugar en los próximos 30 días y ha estado abstinentes por un período de al menos una semana durante el año anterior; aquellos que tienen la intención de dejar de jugar pero que no reúnen todos los criterios citados son considerados contempladores. Los sujetos ubicados en *acción* son aquellos que no juegan en la actualidad y presentan una abstinencia inferior a seis meses. Por último, los sujetos que

presenta una abstinencia superior a 6 meses se ubicarían en *mantenimiento*.

Procedimiento

Se aplicaron las pruebas a todos los sujetos de manera individual durante las dos primeras sesiones y un espacio temporal inferior a tres semanas.

Se analizaron los porcentajes, las medias y desviaciones típicas para las variables descriptivas estudiadas. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba chi-cuadrado. Para las variables cuantitativas se empleó la correlación de Pearson. En la interpretación de resultados se eligió un nivel de significación estadística de $p < 0.05$, para un intervalo de confianza del 95%. El análisis de los datos se lleva a cabo con el paquete estadístico SPSS (v 9.01).

Resultados

En lo relativo a los datos sociodemográficos obtenemos una edad media de 37.18 años con una desviación típica de 12.87, el 53.8% están casados y el 34.2% solteros, el 77.7% de la muestra tiene realizada la EGB con o sin graduado escolar, el 47.5% son obreros cualificados y el 29.1% obreros no cualificados, el 70.9% están trabajando mientras que el 9.5% están parados sin cobrar prestaciones de desempleo y otro 9.5% son pensionistas.

En lo relativo al modo de vida, el 56.3% viven en la familia nuclear frente a un 34.2% que vive en su familia de origen. Cabe resaltar que el 99.4% no tiene problemas judiciales. El 33.5% realiza la demanda de tratamiento por iniciativa propia y el 21.5% por presión familiar y el resto derivado desde otros servicios socio-sanitarios. En el momento de acudir a las UCAs el 39.2% viene acompañado por sus parejas y el 24.1% acude solo.

Advertimos que un 77.8% no ha realizado ningún tratamiento previo, y de los que lo han llevado a cabo el 9.5% lo han hecho en las Unidades de Salud Mental. El 73.4% y el 86.7% de la muestra no presenta antecedentes de al-

coholismo familiar, y de patología psiquiátrica respectivamente. En cuanto a los antecedentes personales, señalar que el 23.4% presenta psicopatología previa y el 18.4% antecedentes de alcoholismo.

La mitad de la muestra no presenta consumo concomitante de sustancias adictivas; sin embargo, es importante indicar que un alto porcentaje de sujetos (39.9%) presenta un con-

sumo de alcohol asociado a la conducta de juego. Ver Figura 1.

Mediante el SOGS obtenemos una puntuación media de 10,93 (SD=1.20). El 11.4% de la muestra se ubica en el estadio de precontemplación, el 51.3% en contemplación mientras que el 37.3% en los estadios de preparación y actuación (27.8% y 9.5% respectivamente). Ver Figura 2.

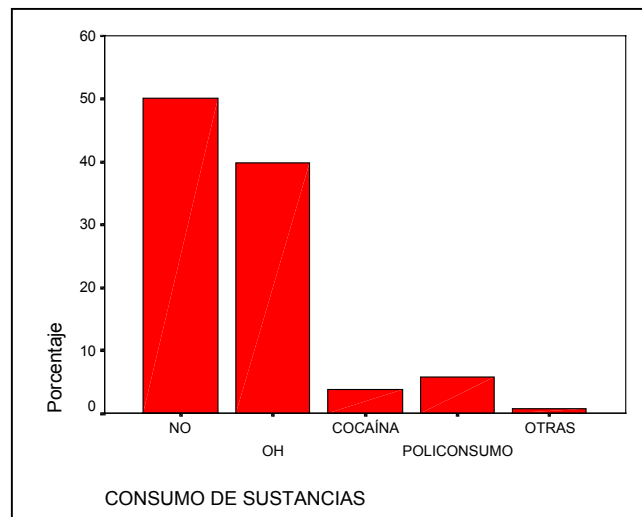


Figura 1: Consumo de sustancias asociado a la conducta de juego

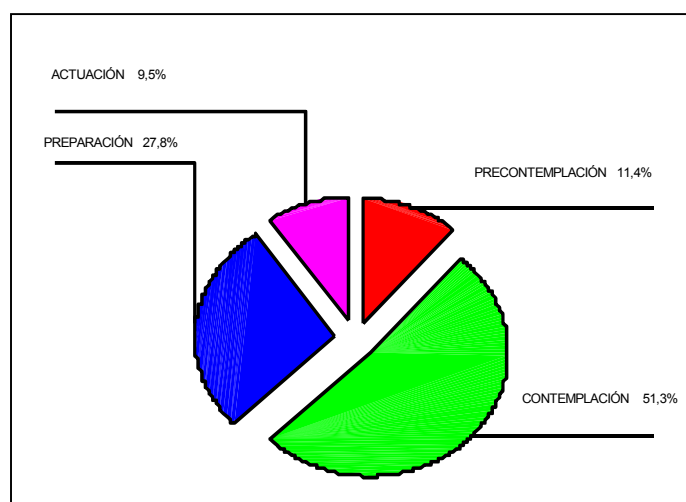


Figura 2: Porcentaje de los estadios de cambio.

En lo relativo a las variables psicológicas, obtenemos un percentil medio de 69.4% (desv. típica = 27.53) para la ansiedad/estado y un 76.44% (SD=28.46) para la ansiedad/rasgo. La medida proporcionada por el BDI muestra una puntuación media de 15.57 (desv. típica = 11.08) que se correspondería con un estado emocional disfórico. Ver Tabla 1.

Por último, señalar que la puntuación media obtenida por los sujetos en el CBA es de 5.33 (desv. típica = 5.63).

El 60.% de la muestra no precisa tratamiento farmacológico. De los que sí lo precisan al 11.4% se le ha pautado antidepresivos.

Tabla 1: Valores promedio y dispersión de la muestra en ansiedad/estado y ansiedad/rasgo

Variab psicológicas	Media	Desv. típica
STAI (A/E)	69.54 (PC)	27.53
STAI (A/R)	76.44 (PC)	28.46
BDI°	15.57	11.08

Al correlacionar las variables estadio de cambio y nivel de ansiedad encontramos que los sujetos que están en preparación presentan un mayor nivel de ansiedad, mientras que los que se sitúan en actuación presentan unos niveles de ansiedad inferiores a los esperados. Así mismo, al correlacionar el estadio de cambio y depresión obtenemos un menor índice de depresión en los sujetos en precontemplación y actuación.

Finalmente, consideramos conveniente señalar la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en las variables índice de severidad de la adicción, depresión, ansiedad y consumo de alcohol en función de la edad y el sexo.

Conclusiones

El alto porcentaje de sujetos que se ubican en el estadio de precontemplación y contempla-

ción (el 62,7% de la muestra), es decir, que no se plantean a corto plazo el cese de su conducta adictiva, requiere una intervención diferenciada. Consideramos que para estos sujetos la intervención de elección debería ser la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick (1999), que ha supuesto un cambio de perspectiva en el abordaje del difícil tema de la motivación hacia el cambio y enfatiza el papel del estilo del terapeuta en el manejo relacional con los pacientes adictos. Su objetivo es ayudar a superar la ambivalencia y a aumentar la motivación hacia el cambio y el tratamiento. Además ha significado una reconsideración del clásico estilo confrontacional y ha abierto la posibilidad de otros estilos terapéuticos como el empático.

El mayor nivel de ansiedad que presentan los sujetos ubicados en el estadio de preparación probablemente sea debido a que todavía continúan jugando cuando su decisión y propósito es lograr la abstinencia, lo que generaría una mayor disonancia cognitiva y con ello una mayor ansiedad. También podría ser debido a una mayor toma de conciencia del problema y sus repercusiones, así como a la ansiedad anticipatoria por las situaciones que previsiblemente tendrá que afrontar: deudas, superar deseos de juego, etc.

Los precontempladores y los sujetos en actuación coinciden al presentar un menor grado de depresión. Consideramos que, los primeros debido a falta de concienciación y/o negación del problema y los segundos a, por un lado la disminución del sentimiento de culpabilidad y por otro, a la satisfacción de logro producida por el cese de la conducta del juego y todas las consecuencias reforzantes (autorrefuerzo y refuerzo social) que de ello se deriva.

En general, los altos niveles de ansiedad que presentan los sujetos pueden estar relacionados con los estresores tanto internos como externos que acompañan la conducta de juego; mientras que el estado emocional disfórico tiene un carácter más reactivo a las consecuencias negativas que se derivan del mismo (sentimientos de falta de autocontrol, culpabilidad, dismi-

nución de la autoestima, etc.).

A la hora de plantear la intervención, es necesario tener en cuenta: el nivel motivacional, la demanda que plantea el sujeto y el estado psicológico (ansiedad y depresión). Asimismo, en aquellos sujetos que presentan un consumo problemático de alcohol es necesario una intervención específica que aborde la abstinencia

y/o reducción de dicho consumo. Su tratamiento se convierte en un componente clave en la prevención de recaídas.

Nota: El presente trabajo ha sido becado por la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat Valenciana.

Referencias

- Alonso Fernández, F. (1996). *Las otras Drogas*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd. ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1984).
- 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: DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1995).
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower (original 1979).
- Becoña Iglesias, E. (1993). *El Juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega*. Santiago de Compostela: Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia.
- Becoña Iglesias, E. (1995). 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 Iglesias, E. (1996). Juego patológico: estudios de prevalencia en España. *Actas XXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295-304.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández, 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.
- Feurlein, W (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). eine empirische analyse. *Arch. Psychiatr. Nervenkr., 222*, 139-152.
- Hand, I., Fernández, F. y Friedrich., B. (1995). Modelos de entendimiento del juego patológico: Multimodal vs Adicción: Implicaciones terapéuticas. *Rev. Psicol. Salud, 7* (2), 19-32.
- Legarda, 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. 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.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Páez, D. (1986). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen R.M. Eislser y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Newbury Park, California: Sage.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto C.A., Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).

(Artículo recibido: 29-4-2002, aceptado: 26-3-2003)