

## Trastornos asociados al juego patológico

José Luis García Martínez\*  
Carmen Díaz Navarro  
Jose A. Aranda Romero

*Instituto Español para la Atención a los Problemas del Juego de Azar, Madrid*

**Resumen:** Hasta la fecha, no existen datos concluyentes sobre las relaciones de causalidad entre los diferentes trastornos y el Juego Patológico. De lo que sí existe evidencia es de la asociación del Juego Patológico con diferentes trastornos que afectan a las áreas: personal, familiar, social y laboral.

Los trastornos asociados al área personal más destacados son: los trastornos de afectivos (depresión mayor), los trastornos de ansiedad y los producidos por el consumo excesivo de alcohol y/o tabaco en jugadores patológicos.

Los trastornos familiares más significativos son los relacionados con el empobrecimiento de la comunicación del jugador con los restantes miembros de la familia.

Los trastornos en el área social derivan en un aislamiento completo respecto a las amistades que se tenían. Las deudas, préstamos, estafas y engaños son los facilitadores de estas consecuencias.

Por último, en el plano laboral las conductas de juego patológico se reflejan en: absentismo, disminución en el rendimiento, conflictos con compañeros y/o superiores, etc.

**Palabras clave:** Juego patológico, adicción al juego, trastornos asociados.

**Title:** Disorders associated to pathological gambling.

**Abstract:** Until nowadays there is no conclusive information about causality relationship between some disorders and pathological gambling, but what is evident is the association of pathological gambling with some disorders that affect personal, family, social and working aspects.

Concerning personal aspects, the most important disorders that have an effect on pathological gamblers are: Affective disorders (deep depression), anxiety disorders and those due to the overconsume of alcoholic drinks and tobacco.

The most important family troubles are the lack of communication between the gambler and this family.

Social troubles derive in an absolute isolation from friends. Debts, loans, frauds and tricks are causes of the consequences before mentioned.

Finally, with regard to the working life, the usual behavior of a pathological gambler is a decrease of competence, absentism and troubles with workmates and superiors.

**Key words:** Pathological gambling, gambling addiction, associated disorders.

### I. Introducción

Consideramos que el Juego Patológico es una conducta adictiva, caracterizada por un déficit progresivo en el control del impulso de jugar (vivencia subjetiva de urgencia de ejecutar la conducta de jugar y creencia o inhibición de estrategias que permitan al sujeto evitar la conducta proble-

ma) que origina un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social y laboral.

En general, vemos que al analizar el comportamiento de los jugadores patológicos aparecen tres características definitorias de las conductas adictivas:

- 1.- **La tolerancia.** El jugador experimenta la necesidad de ir incrementando la cuantía del dinero jugado y la frecuencia de su conducta de juego para conseguir la excitación deseada.
- 2.- **La dependencia.** Entendida como la necesidad subjetiva de realizar la conducta de jugar para mantenerse dentro de un estado de equilibrio.

---

\* **Dirección para correspondencia:** José Luis García Martínez. Instituto Español para la Atención a los Problemas del Juego de Azar, Madrid (España).

© *Copyright* 1993. Secr. de Public. e Interc. Cient. Universidad de Murcia. Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 17-11-92; aceptado: 16-2-93.

Si valoramos tanto la existencia de tolerancia, como la aparición de síntomas abstinentes como la irritabilidad, dolores de cabeza, temblores, náuseas, sensación de cansancio, insomnio y/o despertar precoz, si podemos concluir que se establece una fuerte dependencia psicológica respecto a la conducta de jugar.

3.- **la supeditación** del estilo de vida al mantenimiento de la adicción. El jugador patológico antepone el mantenimiento de su conducta de jugar a cualquier otra necesidad (alimentación, alojamiento, vestido) tanto las propias, como las familiares.

Inferimos que la incidencia de este trastorno en nuestro país se sitúa en torno al 1% de la población adulta. Este dato se obtiene a partir de los aportados por la Comisión Nacional del juego en 1989 y por los obtenidos en estudios de incidencia en E.E. U.U, Gran Bretaña, Canadá y Australia. En nuestra muestra la proporción entre mujeres y hombres que están en tratamiento es de 1:5.

Al igual que ocurre en otras adicciones a sustancias psicoactivas (alcohol, heroína, cocaína, etc.) el Juego Patológico se presenta asociado a diferentes trastornos de salud. En el presente trabajo los iremos repasando.

Distinguiremos cuatro contextos: individual, familiar, social y, finalmente, laboral.

Es necesario señalar, que en la mayoría de los casos no se puede hablar de relaciones de causalidad entre los diferentes trastornos y el Juego Patológico o viceversa, por carecer a nivel experimental sobre esta materia. Por lo que únicamente nos moveremos dentro de un nivel correlacional.

A lo largo de la exposición iremos aportando, en primer lugar, los datos obtenidos por otros investigadores, para terminar ofreciendo los obtenidos en el estudio del Instituto Español para la Atención a los Problemas del Juego de Azar con una muestra de 254 jugadores atendidos (210 varones y 44 mujeres) en el centro durante el año 1990.

En algunas variables el número de sujetos será inferior porque en la evaluación individual no se consideró pertinente la aplicación del instrumento y por lo tanto carecemos de ese dato.

## II. Trastornos asociados a nivel individual

### A) Trastornos afectivos

En la experiencia clínica se observa una notable incidencia de trastornos afectivos, especialmente depresión mayor en jugadores patológicos. Esta relación se ha puesto de manifiesto en múltiples estudios, así por ejemplo en el trabajo de McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984) con una muestra de 50 jugadores patológicos internados en un hospital dependiente de la Administración de Veteranos, encontraron que el 76% de los mismos reunían los criterios del D.S.M. III para el diagnóstico de depresión mayor. Linden et al. (1986) con una muestra de 25 jugadores miembros de Gamblers Anonymous (G.A.) encontraron que un 72% de los mismos cumplía con los criterios del DSMIII para la depresión mayor, cuando habían dejado de jugar por primera vez y que el 52% de los jugadores evaluados habían tenido episodios de depresión mayor independientemente de que jugaran o no.

Cuando se ha evaluado mediante el MMPI también han aparecido puntuaciones elevadas en la escala de depresión con jugadores patológicos ( $T \geq 70$ ) este es el caso de los estudios de Glen (1979) y Moravec y Munley (1983). Adkins, Kruedelbach, Toohig y Rugle (1987) encuentran diferencias en la escala de depresión en función de que sean jugadores de juegos que requieren ciertas habilidades y juegos que son principalmente de azar, los segundos obtienen puntuaciones significativamente más altas en depresión. Otros autores utilizando el Inventario de Depresión de Beck et al. (1961) con una muestra de 34 miembros de G.A. encontraron que sus puntuaciones (indicativas del grado de severidad de la depresión) eran significativamente más altas que en jugadores sociales, pero estaban por debajo de la muestra normativa de pacientes psiquiátricos de Beck et al. (1961).

En nuestra muestra utilizando como criterios el D.S.M. III encontramos diferencias respecto a la depresión mayor en función de la variable sexo. Así dentro del grupo de varones ( $n = 116$ ) encontramos que un 16% cumple con los criterios diagnósticos para la depresión mayor cuando acuden al programa, en el 41% de los casos manifiestan haber experimentado episodios depresivos con anterioridad a acudir al programa y mientras estaban

jugando. En el grupo de mujeres ( $n = 34$ ) es el 64% las que presentan dicho trastorno cuando acuden al centro y las que manifiestan haberlo experimentado en el pasado, mientras jugaban, son el 82%.

Es clásica la imagen del jugador, que después de haber perdido lo que le quedaba, en una noche, realiza un intento de suicidio. Mc Cormick et al. (1984) encontraron una considerable incidencia de ideación suicida (con método específico) y de suicidios entre jugadores patológicos (J.P.). En una muestra de 50 J.P. constataron que un 12% de los mismos se habían suicidado, otro 12% pensaba frecuentemente en el suicidio pero sin llegar a ello, un 10% tenía pensamientos ocasionales de suicidio y en un 20% no aparecían tendencias suicidas.

En nuestro trabajo hemos encontrado que un 5% de la población atendida había intentado suicidarse sin conseguirlo. La ideación suicida con método específico es más frecuente entre las mujeres (18%) que entre los hombres (7%), respecto a los pensamientos ocasionales de suicidio en el caso de las mujeres es del 41% y en el de los varones del 46%.

A la vista de estos resultados, consideramos que la hipótesis de la correlación entre depresión mayor y juego patológico cuenta con suficiente apoyo.

Un caso distinto, es el de las personas que sufren trastornos maniaco-depresivos o hipomaniacos y, de forma secundaria, presenta la adicción a los juegos de azar.

En estos casos cobra especial relevancia el diagnóstico diferencial de confirmarse la existencia del trastorno efectivo, tendremos que contar con apoyo farmacológico inevitablemente. Mc Cormick, Russo, Ramírez y Taber (1984) con una muestra de 50 J.P. detectaron trastorno hipomaniaco en un 38% y trastorno maniaco en un 6% de su muestra.

## B) Trastorno de ansiedad

Algunos investigadores han apuntado que para algunos jugadores patológicos el juego constituía una estrategia de evitación de la ansiedad o de la emoción depresiva (Blaszczynski et al., 1986a, APA, 1980) mientras, en otros casos, el juego es una vía para conseguir incrementos importantes en el nivel de activación, tanto a nivel fisiológico, como cognitivo. De cualquier forma, el mantenimiento de la conducta de juego conlleva el incre-

mento de las pérdidas financieras, de la conflictividad familiar y en definitiva de la ansiedad, que a su vez retroalimenta la conducta de jugar, de esta forma el jugador va introduciéndose progresivamente en la espiral descendente descrita por Lesieur (1984).

En el trabajo de Blaszczynski y Mc Conaghy (1989) se evaluaba la ansiedad estado/rasgo mediante el STAI (Spielberger et al., 1970) en una muestra de 75 J.P. que estaban en un programa de tratamiento conductual, encontraron que tanto en Ansiedad Estado (media = 49.11, desv. típ. = 13.46) como en Ansiedad Rasgo (media = 49.36, desv. típ. = 10.39) los jugadores patológicos alcanzaban puntuaciones similares a las de la muestra normativa de Spielberger et al. (1970) con pacientes neuropsiquiátricos y significativamente más altas que las obtenidas con una muestra de estudiantes universitarios.

En nuestro caso, cuando evaluamos ansiedad mediante el I.S.R.A. (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1988) encontramos niveles de ansiedad severa (por encima del centil 75 en puntuación total o rasgo de ansiedad) en el 49% de la muestra ( $n = 135$ ). Habitualmente obtienen puntuaciones más elevadas en el nivel cognitivo y dentro de los factores situacionales es en Ansiedad ante la evaluación en el que puntúan más.

## C) Trastornos psicósomáticos

Coherentemente con los resultados obtenidos en las evaluaciones de trastornos afectivos y de ansiedad, se observa una notable incidencia de trastornos psicósomáticos entre los jugadores patológicos (Martínez-Pina et al. 1990, Lorenz, Yaffee, 1986; I.E.A.P.J.A., 1991).

Así es frecuente que en los autoinformes sobre salud física aparezcan reflejados, dolores estomacales (42%), insomnio (35%), desmayos o sensación de vértigo (31%), dolores de cabeza o migrañas (29%), asma, presión sanguínea elevada (7%), contracturas musculares en cuello o espalda (31%), dermatitis o erupciones (12%) (Lorenz y Yaffee, 1986).

En nuestro estudio observamos este tipo de trastorno en un 39% de la población atendida ( $n = 254$ ), estando más acentuada entre la muestra de mujeres (77%) que entre la de varones (23%), de mayor a menos incidencia encontramos cefaleas o migrañas, trastornos del aparato digestivo y alteraciones del ciclo vigilia-sueño.

#### D) Poliadicción

En el caso del J.P. al igual que ocurre en otras adicciones también observamos una poliadicción tanto respecto a diferentes juegos, como a que simultáneamente se juegue y consuma alguna droga (principalmente alcohol).

Según los diversos autores la coexistencia de Juego Patológico y dependencia de diferentes sustancias oscila entre un 15% y un 89% (en función de criterios y metodología).

Lesieur et al. (1986) encontró en una muestra de 452 sujetos internados para ser tratados de drogodependencias (alcohol incluido) que un 20% cumplía los criterios del D.S.M. III para el Juego Patológico.

Este mismo autor en un estudio anterior (1985) realizado en el South Oaks Hospital (N.Y.) detectó que un 89% de los que habían sido diagnosticados de jugadores patológicos eran alcohólicos, un 25.7% abusaban de la cocaína y un 24% consumía regularmente marihuana.

En el trabajo de Mc Cormick et al. (1984) un 47% de los jugadores patológicos abusaban del alcohol u otras drogas.

En nuestro estudio, encontramos que un 13% de la población atendida manifestaba tener problemas con el alcohol mientras había estado jugando, este tipo de problemática estaba más acentuada entre los varones (14%) que entre las mujeres (9%).

También es importante resaltar el consumo de fármacos ansiolíticos (automedicados) por parte de las mujeres (11%), diagnosticadas de J.P..

A partir de estos datos debemos hacer algunas observaciones de cara al tratamiento de jugadores patológicos:

- 1.- Es muy importante evaluar la posible existencia de consumo de alcohol en probables J.P., entre otras cosas, porque es un excelente indicador de J.P.
- 2.- Cuando se da la asociación de J.P. y uso/abuso de alcohol el pronóstico sobre los resultados del tratamiento es negativo.
- 3.- Cuando se trata a un J.P. que ha tenido problemas con el alcohol previamente, es muy probable que cuando deja de jugar incremente su consumo de alcohol.
- 4.- La probabilidad de recaída se incrementa cuando se ha dado conjuntamente J.P. y uso/abuso de alcohol.

### III. Trastornos asociados en el contexto familiar

Existe una completa unanimidad entre los profesionales que trabajamos en el tratamiento del Juego Patológico respecto a la incidencia negativa de la conducta de juego sobre las relaciones y comportamientos en el ámbito familiar.

Por ejemplo, un 11% de las esposas de jugadores patológicos intentan suicidarse, un 47% presenta un trastorno depresivo, el 41% se quejan de cefaleas o migrañas, el 37% sufren problemas estomacales y aproximadamente un 60% presentan otros trastornos psicossomáticos (Lorenz y Yaffee, 1988).

Dado que para el jugador patológico la familia es una de las principales fuentes de financiación, no es extraño que Lorenz y Shuttles Worth (1983) encontrasen que el 65% de las esposas de jugadores patológicos entregasen sus ahorros personales a el marido y el 46% les entregan las ganancias de su trabajo, en ambos casos con intención de que el marido pueda pagar sus deudas, facilitando de esta manera el mantenimiento de la conducta de juego.

Estos mismos autores aportaron el dato de que un 58% de las esposas de jugadores patológicos entrevistadas calificaban sus relaciones sexuales como insatisfactorias; esto lo atribuyen a la conducta de juego de su esposo, con todo lo que ello implica de incomunicación, mentiras, desconfianza y dificultades económicas. En este sentido, el 99% de los problemas financieros en las familias de jugadores patológicos están relacionados directamente con el juego. Con este panorama no es sorprendente la alta incidencia de separación o divorcios. En Estados Unidos el porcentaje de J.P. que se han casado tres o más veces es superior a la media de la población "normal".

En el caso de las mujeres jugadoras, casi la mitad atribuye su separación o divorcio al juego.

Evidentemente los hijos también sufren las consecuencias. Un 25% de los mismos presentan problemas conductuales o de ajuste relacionados con el colegio, abuso de alcohol o drogas, arrestos por la policía, juego excesivo y huidas de casa.

Aunque los malos tratos físicos a los hijos presentan una incidencia relativamente baja (6%) según Lorenz y Shuttles Worth (1983), no cabe duda de que los malos tratos psíquicos están mucho más extendidos.

Nuestro trabajo también refleja las mismas repercusiones negativas sobre la familia, en el caso

de los jugadores patológicos manifiestan que existen conflictos familiares y que estos están relacionados con su conducta de juego en un 91%, mientras que en el caso de las jugadoras es del 85%.

Existen algunas diferencias respecto a las dificultades económicas en la familia, relacionadas con la conducta de juego, en función de la variable sexo, en el momento que acuden al programa.

En el caso de los varones, el juego tiene menos impacto sobre la economía familiar, mientras están jugando, así lo afirman el 82% de los familiares del jugador (normalmente la esposa), mientras que en el caso de las mujeres con problemas de juego, es un 96% de los esposos que afirman que la conducta de juego de sus esposas ha lesionado los intereses económicos de la familia.

Algunos de los datos que podrían explicar estas diferencias, los encontramos cuando analizamos la cuantía de las deudas relacionadas con la conducta de jugar y a continuación atendemos la distribución de la deuda en función de la persona y/o institución a la que se debe el dinero.

En el caso de las mujeres casadas no tienen deudas en un 83% de la muestra (n = 35) mientras que entre los varones casados (n = 131) es el 41%. De las que tienen una deuda superior al 50% de sus ingresos anuales, las mujeres son el 6% mientras que los hombres son el 46%.

Las mujeres jugadoras contraen sus deudas mayoritariamente con sus familiares, en el caso de los varones los acreedores están más diversificados, el 19% tiene deudas con familiares, el 52% debe dinero a amigos y/o compañeros de trabajo, el 9% le debe préstamos a los bancos, el 16% tiene deudas con la empresa en la que trabaja y un 4% le debe a prestamistas.

Debemos señalar que en el caso de los hombres lo más frecuente es que se descubran sus deudas poco antes de acudir al centro o que aparezcan después de llevar en el programa dos o tres sesiones, y hasta ese momento la familia los ignora.

De los datos expuestos anteriormente podemos extraer algunas consideraciones:

1°.- Las mujeres, por regla general, se endeudan menos, esto viene determinado principalmente por:

- a) Disponen de menos fuentes para financiar su conducta de juego.
- b) Son en su mayoría amas de casa.
- c) Normalmente son ellas las que administran la economía familiar, por lo que les resulta más sencillo tomar el dinero de los fondos fami-

liares (en el caso de los varones es justo al contrario).

d) tienen menos posibilidades para la ocultación y los descubren.

2°.- Los hombres se endeudan más con personas ajenas a la familia.

3°.- En el caso de los varones, necesitan más tiempo para poder pagar sus deudas, por lo que en algunos casos, aunque lleven bastante tiempo sin jugar, todavía tienen deudas pendientes y éstas generan conflictos en la familia, que pueden facilitar recaídas.

#### IV. Trastornos asociados en el área social

A medida que el jugador patológico, va convirtiendo el juego en el eje central, en torno al cual gira su vida, deja de realizar las actividades de carácter social que realizaba anteriormente, además estas actividades pierden su poder gratificante, sobre todo cuando se comparan con el juego (González, 1989).

Así es frecuente que dejen de ver a sus amistades, que no acudan a citas, que vayan reduciendo su paso por espacios de ocio diferentes a los del juego, etc. Por otra parte, el jugador es consciente de su pérdida de reputación y de credibilidad frente a sus amigos, motivadas en la mayoría de los casos por las deudas impagadas, así hasta que finalmente llega a una situación de alienación por parte de sus amistades (Custer, 1982). En muchas ocasiones esto les proporciona una autoexcusa excelente para mantenerse jugando, ya que en los espacios de juego encuentra personas con las que sí puede relacionarse sin ningún problema, ni reproche, eso sí, las relaciones se circunscriben a los escenarios de juego, fuera de los mismos suele estar y sentirse solo.

Ultimamente se está prestando atención a las relaciones entre la adicción al juego y la comisión de actos ilegales.

Efectivamente, llega un momento en el que el jugador ha agotado sus recursos personales, los recursos familiares y el resto de fuentes legales de financiación que había estado utilizando para mantenerse jugando. Entonces es cuando se plantean la opción de realizar algún comportamiento ilegal para poder continuar satisfaciendo su urgencia por jugar, pasando a un lugar secundario (por lo que

respecta a la motivación) el deseo de obtener ganancias económicas (Lesieur, 1979, 1984).

Por regla general, los delitos que cometen son de carácter no violento (Rrown, 1987). Los más frecuentes son: falsificación de documentos (cheques), fraude, hurtos, apropiaciones indebidas, fraude fiscal y estafas a compañías de seguros (falsificación de accidentes de coches, de robos del domicilio, etc.). Curiosamente cuando lo cometen apenas tienen conciencia de estar haciendo algo ilegal, generalmente verbalizan que su intención era devolverlo con las supuestas ganancias del juego (Blaszczynsky, Mc Conaghy y Frakova, 1989). Estos mismos autores, encontraron las siguientes relaciones entre Juego Patológico y comisión de actos ilegales en una muestra de 77 jugadores patológicos que asistían a un programa de tratamiento conductual y 32 miembros de Gamblers Anonymous (96 hombres y 13 mujeres):

- 40 sujetos (36.7%) informaron no haber cometido ningún delito.
- 44 sujetos (40.4%) que sus delitos fueron exclusivamente relacionados con el juego.
- 10 sujetos (9.2%) que sus delitos no estaban relacionados en absoluto con el juego.
- 15 sujetos (13.7%) que sus delitos estuvieron tanto relacionados con el juego como no relacionados.

De estos datos puede desprenderse que existe una alta proporción de jugadores patológicos que cometen delitos, y que, de aquellos que los cometen algo más de la mitad están directamente relacionados con el juego.

En el mismo trabajo, cuando se investigaba la relación entre sociopatía (definida por los criterios del D.S.M. III para personalidad antisocial) delitos y juego, encontraban un incremento significativo en los rasgos antisociales después de la edad de 15 años en los sujetos del grupo de delitos relacionados directamente con el juego, si tenemos en cuenta que la edad media de inicio en las conductas de juego estaba situada en los 18 años, podemos concluir que los rasgos antisociales aparecían en paralelo con el inicio de las conductas de juego.

En nuestro estudio, un 15% de la muestra manifestaban tener o haber tenido problemas judiciales derivados de su adicción al juego, siendo algo superior entre los hombres (16%) que entre las mujeres (7%). A excepción de un caso, en que el delito consistió en la apropiación indebida de los fondos de la comunidad de vecinos, el resto fueron estafas, hurtos y apropiaciones indebidas en el ámbito laboral. En todos los casos esperaban no

ser descubiertos, a corto plazo, y poder devolver el dinero con las ganancias del juego.

A raíz del trabajo de Brown (1987) en el que se ponía de manifiesto una considerable reducción en la tasa de reincidencias de los jugadores tratados se abrió una interesante polémica en Estados Unidos y Australia sobre la conveniencia o no de incluir el tratamiento del Juego Patológico como una alternativa o un complemento a las sanciones penales por delitos relacionados con el juego. En nuestro país se ha planteado esta cuestión, pero respecto a las personas que presentan adicción a drogas ilegales, quizás deberíamos estudiar esta opción, para las personas adictas al juego.

## V. Trastornos asociados en el ámbito laboral

Las repercusiones del juego en el área laboral constituyen uno de los aspectos más relevantes del Juego Patológico. La preocupación por realizar la conducta de juego o las cábalas que hace el jugador con el fin de resolver sus deudas, están presentes mientras está trabajando, provocando un deterioro en su rendimiento laboral (Custer y Milt, 1985).

En muchos casos esto se acompaña de incumplimientos del horario laboral y/o absentismo laboral, que termina incidiendo negativamente tanto sobre el rendimiento como sobre las relaciones con los compañeros y jefes (González, 1989).

En última instancia, aparece el problema del despido o cambios frecuentes de trabajo. El paro es dos veces más alto entre los jugadores patológicos que acudían a tratamiento que entre la población general, (Valberg y Steachman, 1986).

De la población que hemos atendido destacaríamos las siguientes características en la variable profesión:

- A) El 45% de las mujeres atendidas son amas de casa. Únicamente un 9% de las mujeres desarrollan una actividad profesional que exige estar cualificadas para su desempeño.
- B) la categoría que cuenta con más peso en la distribución es la de obreros cualificados y especialistas, con un 21% de la población atendida. De estos, el 98% son varones y en la mayoría de los casos son asalariados (72%).

C) Si aunamos las categorías: amas de casa, estudiantes, pensionistas y desempleados, suman el 26% de la población atendida.

D) El 7% de las personas atendidas están en puestos directivos, siendo en todos los casos varones.

En nuestro trabajo, (n = 254) también hemos observado una incidencia negativa del juego sobre la actividad laboral. El 45% de la población atendida manifiesta que el juego les ha influido directa o indirectamente en las ocasiones en los que no han ido a trabajar, bien porque a han quedado "enganchados" jugando o porque se quedaron jugando hasta muy tarde y al día siguiente no se levantaron para ir a trabajar. Esto afecta por igual a hombres que a mujeres (61% y 60% respectivamente).

En el 24% de los casos los jugadores han sufrido sanciones por parte de su empresa motivadas por faltas en su trabajo, que han tenido como desencadenantes más directos, la conducta de juego. Un 14% ha tenido por lo menos un despido de su trabajo por problemas que estaban relacionados con el mantenimiento del juego. Las razones por las que los han despedido, han sido por regla general: la reiterada disminución del rendimiento, el absentismo, la conflictividad con sus compañeros y jefes, el descubrimiento de fraudes a la empresa y/o al impago de deudas contraídas con la misma. A este respecto debemos señalar que normalmente cuando la empresa descubre que una de estas personas ha realizado un fraude o una apropiación indebida, llegan a un acuerdo con él para que las devuelva el dinero trabajando gratis o por una pequeña cantidad al mes, después de haber reconocido por escrito su delito, y si no acepta esta condición le amenazan con denunciarle a la justicia.

En el caso de las mujeres casadas que trabajan en su casa, el abandono de las tareas domésticas conduce a enfrentamientos casi diarios con sus maridos, creando un pésimo clima familiar, que en algunos casos conlleva malos tratos físicos y en última instancia a la ruptura de la relación.

## VI. Conclusiones

Después de repasar las circunstancias que acompañan y definen al J.P., creemos que ha quedado suficientemente contrastada la magnitud y complejidad del trastorno.

Hemos observado, quizás con demasiada frecuencia, que cuando un jugador o algún familiar del mismo, se aproxima a profesionales de los servicios sociales generales o a los médicos de cabecera o incluso, a los servicios de salud mental, normalmente su demanda está relacionada con los trastornos asociados y no se menciona la existencia de la conducta de juego bien porque minimizan su relevancia o porque se avergüenzan de ello o bien porque no establecen la relación entre las conductas problema que presenta y el juego. No siempre resulta sencillo discriminar entre esta demanda "pantalla" a lo que realmente es el problema central, por lo que la intervención se dirige a modificar aspectos parciales del problema, sin tener en cuenta la globalidad del mismo y las interacciones entre los diferentes componentes. Por regla general este tipo de intervención está condenada al fracaso.

Por ello debemos hacer hincapié en la evaluación y el diagnóstico diferencial, (no entendido como etiquetaje) y en programas de intervención globales que tengan como última meta el cambio en el estilo de vida del jugador.

Con esta meta como norte, nos gustaría hacer algunos comentarios finales:

1.- Actualmente estamos viviendo la eclosión de multitud de Asociaciones de Autoayuda, (posiblemente como consecuencia de la falta de profesionales que atienden este tipo de problemática) que si bien en determinados casos, pueden ser un instrumento eficaz en el proceso de cambio, en general carecen de recursos para poder abordar las diferentes facetas de este trastorno, cayendo en un voluntarismo escasamente eficaz.

Probablemente el exponer públicamente la historia individual, describiendo las consecuencias catastróficas sufridas por jugar, y el recibir apoyo y comprensión del resto del grupo, sea útil en un primer momento, pero no es suficiente para mantener un proceso de cambio en el estilo de vida, que entendemos debe ser el objetivo último.

2.- Tampoco es válido generalizar directamente estrategias y procedimientos de intervención del campo, más desarrollado, de las toxicomanías al tratamiento del J.P.. Aunque los modelos de adquisición y mantenimiento, y el curso del trastorno son similares las características de los jugadores, del medio en el que se desenvuelven y del propio juego son evidentemente distintas.

Los modelos generales de adicciones son valiosos para sistematizar nuestros conocimientos sobre el problema, pero a la hora de intervenir hemos de tener presente la necesidad de individualizar los programas de tratamiento.

3.- Aunque desde la psicología aplicada, entendida como disciplina experimental, se intente poner a prueba la eficacia diferencial de las diversas técnicas, lo cierto es que en la mayoría de los casos se carece de tiempo, de recursos, para poder desarrollar esta tarea y no siempre son compatibles los objetivos terapéuticos con la metodología experimental. En este sentido, creemos que desde los centros universitarios debería prestarse más atención al estudio de este trastorno. Así serían muy interesantes líneas de investigación sobre:

- a) ¿Cuáles son los componentes activos de los programas de tratamiento?
- b) ¿Qué variables debemos tener presentes para minimizar el error cuando optamos por una estrategia de intervención?
- c) ¿Qué variables serían las responsables de los abandonos de los programas de tratamiento?
- d) ¿Qué papel juega la búsqueda de sensaciones en la adquisición y mantenimiento del Juego Patológico?
- e) ¿Variables predictoras de la recaída?
- f) ¿Qué medidas preventivas serían eficaces?

4.- No cabe duda de que la administración del Estado obtiene unos suculentos beneficios del juego. También parece que las diferentes administraciones -estatal, autonómicas y local- conocen la existencia y magnitud del problema. A pesar de ello, parece que desde las administraciones, únicamente se adoptan medidas tendentes a incrementar la presión fiscal sobre los beneficiarios del negocio del juego, junto con la emisión de normativas que tratan de atenuar el potencial adictivo de algunos juegos, como ha ocurrido, con las popularmente conocidas como "máquinas tragaperras" (incremento en el tiempo entre apuesta y resultado, disminución del premio, reducción de los reclamos visuales y auditivos, etc.).

Sin embargo, son prácticamente inexistentes las intervenciones específicas sobre la prevención y/o el tratamiento del juego patológico. Es algo parecido a lo que ocurre en el abordaje institucional sobre las Drogodependencias.

Comparativamente se dedican más esfuerzos (económicos, personal, infraestructuras) a la prevención y tratamiento de las adicciones a drogas ilegales (principalmente Heroína y Cocaína) que a las adicciones a drogas legales (alcohol y tabaco) a pesar de que estas últimas implican unos costos socio-sanitarios muy superiores.

## VII. Referencias bibliográficas

- Adkins, B.J., Kruegelbach, N., Toohig, T. y Rugle, L. (1987). *The relationship of gaming preferences to MMPI Personality Variables*. Bercksville, NY: Cleveland Veterans Administration Medical Center.
- Blaszczynski, A., McConagui, N. (1989). Anxiety and / or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The International Journal of Addictions*, 24 (4).
- Blaszczynski, A., McConagui, N., Wilson, A. (1986). Sensation seeking and pathological gambling. *British Journal of Addictions*, 81 (1).
- Brown, R.I. (1987). Gambling addictions, arousal and an affective / decision making explanations of behavioral reversions or releases. *The International Journal of Addictions*, 22 (11).
- Custer, R.L. (1982). *An overview of compulsive gambling. Addictive disorders. Update: alcoholism, drugs abuse, gambling*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Custer, R.L. y Milt, H. (1986). When luck runs out. *Facts on file*, N.York.
- Glen, A. (1979). Personality research on pathological gamblers. *Paper presented at the 87th. Meeting of the A.P.A.* Nueva York.
- González, A. (1989). *Juego Patológico: una nueva adicción*. Madrid: Tibidabo.
- Lesieur, H.R. (1984). *The chase: career of the compulsive gambler*. Cambridge, MA: Shenkman Books.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drugs abuse, and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10.
- Lesieur, H.R. (1979). The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry: J. for the study of Interpersonal Processes*, 42.
- Linden, R.D. et al. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (4).

- Lorenz, V.C. y Shuttleworth, D.E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11.
- Lorenz, V.C., Yaffee, R.A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic functional and marital difficulties reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2 (1).
- Lorenz, V.C., Yaffee, R.A. (1988). Pathological Gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4.
- Martínez-Pina, A. et al. (1990). Personalidad y estructura de la inteligencia en una muestra de jugadores patológicos. *Presentada a la VIII Conferencia Internacional del Juego y el Azar, Londres*.
- McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramírez, L.F. y Taber, J.I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141.

## Anexo

### Bibliografía más importante en castellano

- Abaneses Ballestín, E. (1991). El Juego Patológico: aspectos psicológicos. *Segundas Jornadas de Psicología de Navarra*. Pamplona, Mayo.
- Alario, S. (1989). Eliminación de un problema de Juego Patológico mediante terapia del comportamiento. En: *Estudio de Casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promolibro.
- Aranda, J.A., Díaz, C., García, J.L. y González, J. (1991). Evaluación Cognitivo-Conductual del Juego Patológico. *Clínica y Salud*, 2 (2).
- Aranda, J.A., Díaz, C., González, J. y García, J.L. (1990). Programa de Atención al Jugador Patológico. Ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de Psicología. Barcelona.
- Arribas Saiz, P., Martínez Sánchez, J. (1991). Tratamiento individual de Jugadores Patológicos. Descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, nº 52.
- Bachelard, G. (1966). *Psicoanálisis del Juego*. Madrid: Alianza.
- Becoña, E. (1991). *La prevalencia del Juego Patológico en Galicia*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago, Facultad de Psicología.
- De Diego, J., Farré, J.M. (1989). Juego Patológico: Perspectivas actuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, nº 11/12.
- Díaz, C., Aranda, J.A., García, J.L., González, J. (1989). Programa Marco de Atención a los Problemas del Juego de Azar. Ponencia presentada en el II Congreso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia.
- Echeburúa Odriozola, E. y Baez Gallo, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del Juego Patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8 (2).
- García, J.L., González, J., Aranda, J.A. y Díaz, C. (1991). Juego Patológico en niños y adolescentes. Ponencia presentada en el *Ier Simposium Internacional de Modificación de Conducta en problemas infantiles* (CINTECO, 1991).
- García, J.L.; González, J., Díaz, C. y Aranda, J.A. (1991). *Programa de prevención en juego patológico: Plan de acciones*. (en prensa).
- González, A. (1989). Juego Patológico: una nueva adicción. Madrid: Tibidabo.
- González, A., Mercade, V., Aymami, N. y Pastor, C. (1990). Variables de personalidad, Juego Patológico. *Revista de Psiquiatría* (Barcelona), 17 (5), 203-209.
- González, J., Aranda, J.A., Díaz, C. y García, J.L. (1989). Tratamiento Conductual del Juego Patológico. *Ponencia presentada en el II Encuentro Ibérico de Terapia del Comportamiento, Cádiz*.
- González, J., García, J., Aranda, J.A. y Díaz, C. (1991). Tratamientos psicológicos de la adicción a los juegos de azar. En: *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- González, J., García, J.L., Díaz, C. y Aranda, J.A. (1991). Tratamiento del Juego Patológico: una propuesta de intervención (en prensa).
- Hodson, R. y Miller, P. (1984). *La mente drogada. Cómo liberarse de las dependencias*. Madrid: Debate (Cap. 11: Juego Compulsivo).
- Instituto Español para la Atención a los Problemas del Juego de Azar (1992). *Para comprender el Juego Patológico* (folleto informativo, Madrid).
- López López, P. (1989). Juego Patológico y dependencia alcohólica. *Ponencia Presentada en el Congreso de Sociodrogalcohol*.
- López López, P. y Castaños Monreal, A. (1989). *Adicción al juego. Programa de asistencia e intervención social*. Ayuntamiento de Alicante (Servicios Sociales).
- Martínez-Pina, A., Guirao de Parga, J.L., Fuste i Vallerdu, R., Serrat, X.; Martín, M.; Moreno, V. (1990). Personalidad y estructura de la inteligencia en una muestra de jugadores patológicos. *Comunicación presentada a la VIII Conferencia Internacional de Juego y Azar. Londres*.
- Martínez-Pina, A. (1989). Juego Patológico: Una vieja psicopatología. *IMP-Psiquiatría*, 3, 123-127.

Rodríguez-Martos, A. (1987). El Juego... Otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias. *Fons Informatiu*, nº 12. Barcelona.

Serrat, X. y Fuste, R. (1990). Teoría general de la adicción según Jacobs. *IMP-Psiquiatría*, 2, 99-101.

