

## Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio

Àngels González Ibáñez

Susana Jiménez

Maria Neus Aymamí

*Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, Barcelona*

*Los jugadores patológicos formarían un grupo heterogéneo con unas características biopsicosociales que les harían vulnerables a la adicción al juego y podrían identificarse unos subgrupos más homogéneos, a partir del peso específico de estos factores y del tipo de juego elegido para su adicción. Los objetivos de este trabajo fueron identificar la existencia de posibles subgrupos de jugadores patológicos, en función de determinadas variables psicológicas y psicopatológicas, en una muestra de 60 sujetos diagnosticados de este trastorno, según criterios DSM-IV (APA, 1994). Asimismo, se pretendió presentar un primer estudio descriptivo sobre la evolución de los sujetos tratados. Se utilizaron diversos cuestionarios y entrevistas estructuradas para realizar la evaluación de los sujetos (Symptom Check List Revised, SCL-90-R; el Sensation Seeking Scale, SSS; Social Support Scale, Impulsiveness Scale de Eysenck, 17, entre otras). Se realizó un análisis de cluster para el tratamiento de los datos, que diferenció tres grupos homogéneos en relación al grado de psicopatología que presentaban, mientras que las características psicológicas evaluadas se mantuvieron en los tres grupos.*

*Palabras clave: juego patológico, evaluación, tratamiento cognitivo-conductual, análisis de cluster.*

*Pathological gamblers form a heterogeneous group with various biopsychosocial features, which leave them susceptible to addiction to gambling. More homogeneous subgroups could be identified based on the specific weight of these factors and on the type of gambling chosen for their addiction. The aims of the study were to identify the possible existence of subgroups of pathological gamblers in terms of certain psychological and psychopathological variables in a sample of 60 subjects diagnosed with*

*this disorder according to DSM-IV criteria (APA, 1994). Furthermore, we tried to present an initial descriptive study on the progress of the subjects treated. Several questionnaires and structured interviews were used to evaluate the subjects SCL-90-R, Zuckerman's Sensation-Seeking Scale, Social Support Scale, Eysenck's Impulsiveness Scale I7, among others). Cluster analysis was performed in treating the data. Three homogeneous groups were differentiated in relation to the level of psychopathology exhibited, since the psychological features evaluated were maintained in the three groups.*

*Key words: pathological gambling, assessment, cognitive-behavioural treatment, cluster analysis.*

El juego en España se legalizó en 1977 y desde ese momento el nivel de gasto ha ido creciendo progresivamente, hasta el punto de ser uno de los países que más invierte en juego y donde existen más juegos legalizados. McCormick y Ramírez (1988) y Volberg (1991, 1994) señalan la estrecha relación existente entre prevalencia de juego patológico, aumento de la oferta de juegos disponibles y fácil accesibilidad a los mismos.

Revisando la literatura sobre las características sociodemográficas de los jugadores patológicos, se observa que existen múltiples trabajos publicados sobre población general, básicamente americana, sin embargo hay menos información acerca de jugadores patológicos en programas de tratamiento profesional, aunque los estudios realizados muestran perfiles bastante similares (Lesieur, 1988; Volberg, 1991, 1994; González Ibáñez, Mercadé, Aymamí y Pastor, 1992; González Ibáñez, 1994; González Ibáñez, Saldaña, Jiménez Murcia, Blaszczyński y Vallejo, 1995; Aymamí, González Ibáñez y Jiménez, 1996).

Respecto al estudio de qué posibles factores están implicados en la etiología de este trastorno, la mayoría de autores coinciden al considerar que los jugadores patológicos presentarían determinadas características biopsicosociales, que les harían vulnerables a la adicción. En este sentido, constituirían un grupo heterogéneo (McCormick y Ramírez, 1988; González Ibáñez, Mercadé, Aymamí y Pastor, 1990; Dickerson, 1993; González Ibáñez, 1994; González Ibáñez *et al.*, 1995; Blaszczyński, 1996; González Ibáñez, Aymamí, Jiménez Murcia *et al.*, 1997), siendo posible identificar subgrupos de jugadores en función del peso específico de cada uno de estos factores y del tipo de juego problema.

En cuanto a los factores de predisposición psicológica, los trabajos se han centrado en el estudio de diferentes aspectos: estado afectivo, niveles de *arousal*, búsqueda de sensaciones, impulsividad, relación entre juego patológico y abuso de sustancias, estilos cognitivos y rasgos de personalidad.

La implicación del estado afectivo en el juego patológico es evidente, aunque en los primeros trabajos pareció surgir una cierta polémica sobre el carácter primario o secundario del mismo. McCormick y Ramírez (1987) consideraban que el juego patológico era una forma de superar estados depresivos subyacentes. Contrariamente a esta opinión, los trabajos de Roy, Custer, Lorenz y Linnoia (1988), Blaszczyński y McConaghy (1988), González Ibáñez (1994) y Gon-

zález Ibáñez *et al.* (1997) entre otros, concluían que la depresión se relacionaba con las consecuencias de la conducta de juego. Ello estaría en concordancia con el hecho de que aun siendo un trastorno extremadamente incapacitante para todos los jugadores patológicos (Rosenthal y Lesieur, 1990), los que presentan una conducta de juego más grave son los que muestran mayor psicopatología (González Ibáñez, 1994).

Respecto al rasgo impulsividad, destaca un trabajo realizado por Allcock y Grace (1988) en el que se cuestionaba si el juego patológico podía ser considerado un trastorno del control de impulso, dado que sus resultados mostraban que los jugadores patológicos no se diferenciaban de los controles en cuanto a impulsividad y búsqueda de sensaciones. Otros resultados han confirmado también que los jugadores patológicos no puntúan de forma más elevada que los controles en búsqueda de sensaciones (Blaszczynski, Wilson y McConaghy, 1986; Anderson y Brown, 1984; González Ibáñez *et al.*, 1992; Coventry y Brown, 1993; González Ibáñez, 1994; González Ibáñez *et al.*, 1997). Sin embargo, De Caria, Hollander, Grossman *et al.* (1996) encontraron evidente la relación entre juego patológico e impulsividad por su clasificación como trastorno del control de los impulsos, por la elevada puntuación en las escalas de impulsividad, por las tasas de suicidio, abuso o dependencia de sustancias y la sintomatología compatible con el trastorno por déficit de atención en la infancia. Blaszczynski, Steel y McConaghy (1997) sugerían que la impulsividad podía ser una característica significativa de un subgrupo de jugadores patológicos, que presentarían una personalidad «multi-impulsiva».

En cuanto al rasgo búsqueda de sensaciones, los resultados del estudio de Coventry y Brown (1993) sugirieron la importancia de esta variable, tanto en la elección del tipo de juego como en la forma en que el problema se desarrollaba. Sus resultados mostraban diferencias significativas en búsqueda de sensaciones en distintos subgrupos de jugadores con distintas preferencias de juego. González Ibáñez (1994) y González Ibáñez *et al.* (1995) observaron que los sujetos de su muestra presentaban bajas puntuaciones en impulsividad y búsqueda de sensaciones, aunque el subgrupo que se caracterizaba por conducta de juego más grave y mayor psicopatología era también el que presentaba niveles más elevados en estos factores. En esta misma línea, Castellani y Rugle (1995) compararon un grupo de jugadores patológicos, otro de cocaínómanos y un tercer grupo de alcohólicos. Sus resultados mostraron que los jugadores patológicos eran los menos buscadores de sensaciones. Estos hallazgos apuntan a una posible relación entre impulsividad, búsqueda de sensaciones y abuso o consumo de sustancias. De hecho, así lo demuestran los trabajos de McCormick (1993), Jiménez Murcia, González Ibáñez y Aymamí (1996) y González Ibáñez (1998). Asimismo, ello estaría en consonancia, como ya sugirieron McCormick y Ramírez (1988), con el hecho de que el estilo de personalidad antisocial sería el más relacionado con la impulsividad y búsqueda de sensaciones.

Otros trabajos hacen referencia a características psicológicas como la asertividad de los jugadores patológicos. En este sentido, Seager (1970) en su trabajo sobre tratamiento basado en técnicas aversivas hacía referencia a la baja

asertividad de este tipo de pacientes. Sin embargo, los estudios llevados a cabo en nuestro país por González Ibáñez (1994) y por González Ibáñez *et al.* (1995) no corroboraron estos resultados, hallando puntuaciones medias en los sujetos de sus muestras.

En relación al tratamiento psicológico del juego patológico (*counselling* y cognitivo-conductual), los resultados son similares en la mayoría de trabajos. McCormick y Taber (1991) observaron que de los sujetos en tratamiento que acudieron al seguimiento de un año, un 34% de pacientes se hallaban abstinentes mientras que un 44% había vuelto a jugar. Greenberg y Rankin (1982) en una muestra de 26 sujetos encontraron que 14 de ellos habían vuelto a jugar, aunque 5 lo habían hecho de forma controlada. En una muestra de 120 jugadores patológicos en tratamiento, McConaghy, Blaszczyński y Frankova (1991) observaron que de los 63 pacientes que realizaron el seguimiento entre 2 y 9 años, 26 de ellos jugaban controladamente y 7 habían vuelto a perder el control sobre su conducta de juego. En un estudio realizado con una muestra amplia de jugadores patológicos (N=300), se observaron resultados similares (González Ibáñez, Jiménez Murcia, Aymamí *et al.*, 1999). Blaszczyński, McConaghy y Frankova (1991) consideraban que, en este sentido, quizás la abstinencia podía ser un objetivo demasiado estricto y que las recaídas intermitentes no tenían por qué ser indicativas de fracaso terapéutico. Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert (1994) informaban de mejores resultados en el seguimiento, aunque su muestra era menor.

Los objetivos del presente trabajo fueron los siguientes:

1. Determinar las características demográficas, psicopatológicas y psicológicas de una muestra de jugadores patológicos.
2. Identificar grupos homogéneos de jugadores patológicos de acuerdo con las variables psicopatológicas y psicológicas estudiadas.
3. Presentar un primer estudio descriptivo sobre la evolución de los sujetos tratados.

## Método

### Sujetos

La muestra estaba constituida por 60 jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio, que acudieron a la Unidad de Juego Patológico del Servicio de Psiquiatría de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge (CSUB) solicitando tratamiento por su problema de juego.

Se incluyeron aquellos jugadores que cumplieran criterios diagnósticos de juego patológico, según el DSM-IV (APA, 1994). No se incluían aquellos pacientes que cumplieran criterios diagnósticos DSM-IV para episodio maníaco o hipomaníaco, retraso mental, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. De los 60 jugadores patológicos que acudieron a la Unidad de Juego Patológico, no hubo ninguno que cumpliera los criterios de exclusión.

## Material

Para la realización del estudio fueron utilizados los siguientes cuestionarios:

1) Cuestionario de datos biográficos y sociofamiliares (González Ibáñez, 1994). Este cuestionario está dividido en varios apartados: *a)* datos sociodemográficos; *b)* área familiar; *c)* relación con el cónyuge o pareja; *d)* área social; *e)* área laboral; *f)* intereses; *g)* enfermedades; *h)* aspectos relacionados con el juego.

2) Entrevista según criterios diagnósticos DSM-IV para juego patológico (González Ibáñez, 1994). Consta de nueve preguntas, adaptadas de los criterios DSM-IV y administradas en forma de entrevista. Recoge, asimismo, los criterios de corrección.

3) *Symptom Check List Revised (SCL-90-R)* (Derogatis, 1977). Versión en español. Se trata de una escala compuesta por 90 ítems, que el sujeto responde en función del grado subjetivo de malestar que siente, según una escala de frecuencia (desde nada a extremadamente). La escala se puntúa en función de nueve dimensiones de sintomatología primaria y tres índices globales del trastorno.

4) Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (Tobal y Cano, 1986). Se trata de un cuestionario que evalúa las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. La administración es autoaplicada. La tarea del sujeto consiste en evaluar la frecuencia con que en él se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones. Se obtienen los sumatorios de cada subescala (cognitiva, fisiológica y motora), así como un sumatorio «total». Las puntuaciones directas se convierten en centiles a partir de unas tablas de baremos.

5) Escala autoaplicada para la depresión de Zung. Adaptación castellana (Conde y Escribá, 1970). Esta escala consta de 20 ítems que recogen el espectro de síntomas presentes en el trastorno depresivo. El sujeto debe responder con qué frecuencia experimenta cada síntoma. La corrección se realiza a partir de un sumatorio y la interpretación se efectúa según los siguientes criterios: Si la puntuación está entre 20 y 30 puntos: depresión ausente; entre 36 y 51: depresión subclínica; entre 52 y 67: depresión media-severa y entre 68 y 100: depresión grave.

6) Escala multidimensional de la expresión social. Parte motora (EMES-M) (Caballo, Godoy y Carroble, 1984) (Caballo, 1989). Esta escala consta de una parte motora y de otra cognitiva, sólo se hará referencia a la parte motora puesto que es la que se utilizó para este estudio. La escala indica la frecuencia con que el sujeto se comporta de forma asertiva en situaciones sociales. Consta de 64 ítems que pueden puntuar desde 0 hasta 4. Se trata de hallar el sumatorio de frecuencias con inversión de la puntuación en los ítems que plantean conductas de inhibición. La puntuación mínima que puede obtenerse es de 64 y la máxima de 320. Los mejores resultados se dan con puntuaciones bajas.

7) Cuestionario de búsqueda de sensaciones de Zuckerman (SSS) (Zuckerman, 1979). Consta de 40 ítems y cada uno de ellos tiene dos posibles respuestas. El sujeto debe señalar con un círculo aquella que describa mejor sus gustos, preferencias o sentimientos. Se administró la forma V, que contiene

cuatro factores específicos, con 10 ítems cada uno de ellos. Los cuatro factores son los siguientes: 1) emoción y búsqueda de aventuras (TAS); 2) búsqueda de experiencias (ES); 3) desinhibición (DIS) y 4) susceptibilidad al aburrimiento (BS).

8) Escala de Impulsividad I7 de Eysenck (Eysenck, Pearsen, Easting y Allsopp, 1985). Consta de 3 subescalas: Impulsividad (19 ítems), aventura (16 ítems) y empatía (19 ítems). La puntuación obtenida es el sumatorio de los ítems para cada uno de los factores.

### *Procedimiento*

La *evaluación* se realizó en la Unidad de Juego Patológico del Servicio de Psiquiatría de la CSUB, por psicólogos entrenados en la administración y corrección de pruebas. La duración fue de cuatro sesiones. A continuación, se describen las sesiones de evaluación:

#### *a) Primera sesión.*

1. Evaluación clínica, que incluía los apartados de historia clínica, exploración psicopatológica y orientación diagnóstica y diagnóstico diferencial.
2. Entrevista según criterios diagnósticos DSM-IV para juego patológico. La evaluación no se continuaba si el paciente no cumplía estos criterios.
3. Cuestionario de datos biográficos y sociofamiliares.
4. Se explicaba el proceso de evaluación al paciente.

#### *b) Segunda sesión.*

1. Administración del SCL-90-R.
2. Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA).

#### *c) Tercera sesión.*

1. Escala para la depresión de Zung-Conde.
2. Administración de la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (SSS).

#### 3. Escala de Impulsividad I7 de Eysenck.

Al final de esta sesión se programaba otra visita en la que se informaba sobre los resultados de la evaluación y las posibilidades de tratamiento.

El *programa de tratamiento* se basó en el modelo cognitivo-conductual, se llevó a cabo de forma grupal, siendo los objetivos los siguientes: 1) abstinencia definitiva de todo tipo de juego con apuesta; 2) reducción de la urgencia y necesidad de jugar; 3) adquisición de autocontrol para conseguir la abstinencia definitiva; 4) cambio de estilo de vida, a partir de actividades alternativas; 5) identificación de situaciones de riesgo y propuesta de estrategias efectivas de afrontamiento y 6) reestructuración del funcionamiento familiar, laboral y social.

Desde un punto de vista metodológico, este programa de tratamiento tenía las siguientes características: Diez pacientes por grupo, duración de siete meses sin recaídas (veinte sesiones), sesiones de noventa minutos de duración, incorporación de la familia en algunas sesiones (concretamente en once), seguimiento

al mes, seis, doce y veinticuatro meses de haber finalizado el tratamiento. Las técnicas empleadas fueron control de estímulos, exposición «in vivo» con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, solución de problemas, refuerzo y autorrefuerzo, autoinstrucciones y prevención de recaídas. Se realizaron, asimismo, dos sesiones psicoeducativas (la primera y la segunda), a las que asistían pacientes y familiares, que se dedicaban al concepto y características del trastorno y a la justificación de las pautas terapéuticas. Se comentaban las dudas que enfermos y familiares podían tener.

Los criterios de exclusión del programa de tratamiento eran los siguientes: 1) no conciencia de trastorno; 2) no aceptación de las pautas terapéuticas; 3) trastorno antisocial de la personalidad; 4) trastornos psicóticos; 5) nivel de inteligencia inferior; 6) trastorno bipolar y 7) cualquier otra adicción que el paciente se negara a tratar de forma paralela. Finalmente, los criterios de exclusión durante el tratamiento eran el no cumplimiento reiterado de pautas terapéuticas y la falta de sinceridad con la familia y con el grupo.

## Resultados

### *Descripción de las características demográficas de la muestra*

El 86.7% (N=52) de jugadores eran hombres, mientras que el 13.3% (N=8) restante eran mujeres. La media de edad para los primeros era de 39.40 años y para las segundas, de 49 años. Agrupando a los pacientes por intervalos de edad, éstos se repartían de la siguiente manera: el 8.3% de los sujetos (N=5) eran menores de 25 años, el 50% (N=30) tenían entre 25 y 40 años, el 26.7% (N=16) entre 40 y 55 años y, finalmente, el 15% (N=9) restante tenían entre 55 y 70 años.

Respecto al estado civil, el 18.3% de los sujetos (N=11) eran solteros, el 71.7% (N=43) casados, un 1.7% (N=1) viudo y un 8.3% (N=5) separados o divorciados.

Un sujeto (1.7%) tenía estudios superiores, el 26.6% (N=16) estudios medios, el 70% (N=42) primarios y otro 1.7% (N=1) no tenía ningún tipo de estudios.

En lo referente a la profesión, el 5% (N=3) de los individuos eran funcionarios o titulados superiores, el 16.7% (N=10) correspondían a la categoría laboral de técnicos medios, el 53.3% (N=32) realizaban trabajos cualificados, mientras que el 8.3% (N=5) eran pensionistas.

### *Características psicológicas y psicopatológicas*

La siguiente tabla (véase Tabla 1) presenta, para el conjunto de la muestra, la media y la desviación estándar de cada variable psicológica y psicopatológica estudiada.

TABLA I. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS EN LA MUESTRA

	<i>Media</i>	<i>DE</i>
<b>SCL-90-R</b>		
Somatización	61.03	13.13
Obsesividad-compulsividad	66.38	11.40
Sensibilidad interpersonal	64.22	14.23
Depresión	68.92	11.38
Ansiedad	62.95	17.59
Hostilidad	58.50	9.99
Ansiedad fóbica	59.43	18.62
Ideación paranoide	59.78	15.80
Psicoticismo	64.83	15.60
GSI	55.50	22.87
<b>ISRA</b>		
Cognitiva	77.13	39.18
Fisiológica	77.48	34.91
Motora	81.68	44.88
<i>Total</i>	78.12	35.34
<b>Depresión (Zung)</b>	41.70	10.35
<b>Escala multidimensional de la expresión social (EMES-M)</b>	118.57	24.87
<b>Zuckerman</b>		
Emoción-búsqueda de aventuras	4.63	2.66
Búsqueda de experiencias	4.02	2.12
Desinhibición	3.28	2.26
Susceptibilidad al aburrimiento	2.35	1.82
<i>Total</i>	13.93	6.92
<b>Eysenck</b>		
Impulsividad	9.08	4.75
Aventura	6.20	3.90
Empatía	13.72	2.69

### *Análisis de cluster*

De cara a establecer una clasificación de los sujetos en grupos de jugadores con unas características homogéneas, se ha realizado un análisis de *cluster*. Las variables utilizadas en el análisis han sido las puntuaciones obtenidas en los instrumentos de evaluación psicológica. No se han empleado las variables que resultaran en cierta manera redundantes con las incluidas en el análisis, como son: índice de malestar por sintomatología positiva total del SCL-90-R (PSDI), la sintomatología positiva total del SCL-90-R (PST) y las puntuaciones totales de los cuestionarios ISRA y SSS de Zuckerman.

El método utilizado para agrupar los sujetos ha sido el método de Ward o de la «mínima pérdida de inercia». Se trata de un método de agrupamiento jerárquico, basado en minimizar la suma de las distancias totales entre los sujetos



que conforman un *cluster*, y en maximizar la suma de distancias entre *clusters* es decir, proporciona grupos con sujetos muy homogéneos entre sí y muy heterogéneos respecto a los de otros grupos. El método de Ward es, dentro de los métodos de agrupamiento jerárquicos, el único que evita el típico fenómeno del enclavamiento, proporcionando habitualmente grupos con número de sujetos bastante similares. El número de grupos obtenidos se fijó de manera arbitraria, teniendo como único criterio que el número de individuos en cada grupo fuera lo suficiente elevado como para permitir posteriores análisis estadísticos con un mínimo de potencia.

El resultado final del análisis de *cluster* fue la configuración de tres *cluster* de jugadores, formados por veintitrés, veintidós y quince sujetos, a los que denominaremos «Grupo 1», «Grupo 2» y «Grupo 3», o «Grupo-cluster 1», «Grupo-cluster 2» y «Grupo-cluster 3».

### *Grupos-cluster y variables psicológicas*

A continuación se presentan los resultados de comparar las puntuaciones en los tests psicológicos para los tres grupos generados. Estas comparaciones se utilizarán para identificar e interpretar las características psicológicas distintivas de cada grupo de sujetos obtenido con el análisis de *cluster*.

La comparación de las puntuaciones en los tests psicológicos entre los tres grupos se ha realizado mediante análisis de la varianza unifactorial. La Tabla 2 presenta las medias de cada grupo y el resultado de aplicar la prueba F de Snedecor junto con su nivel de significación.

El estudio de la comparación de las puntuaciones de los tests psicológicos según el grupo-*cluster* ha sido completado con la realización de contrastes en los casos en que se encontró un nivel de significación de la prueba F de Snedecor inferior a .05. Asimismo, se han realizado contrastes *a posteriori* mediante el método de la «mínima diferencia modificada», que permite comparar todos los pares de grupos entre sí.

De los resultados expuestos, se pueden deducir un conjunto de características psicológicas diferenciales de cada grupo que permiten «etiquetar» adecuadamente cada uno de ellos.

*Grupo 1.* Estaba constituido por 23 sujetos, que representaban el 38.3% de la muestra. Presentaban niveles más bajos de psicopatología en todas las escalas del SCL-90-R, respecto a los otros grupos. También resultaba ser significativamente inferior el Índice de Severidad Global (GSI). No podían considerarse individuos con patología psiquiátrica. La ansiedad, medida a través del ISRA, era también inferior, igual que sucedía con la depresión, medida a través del Zung. En cuanto a la escala SSS de Zukerman, se observaron valores medios en las subescalas de Búsqueda de Aventuras, Búsqueda de Experiencias y de Desinhibición. Sin embargo, las puntuaciones en Susceptibilidad al Aburrimiento eran bajas. Finalmente, los niveles de Impulsividad y de Aventura medidos a través de la Escala de Impulsividad de Eysenck (I7), reflejaban unos niveles medio-bajos en ambos factores.

TABLA 2. GRUPOS-CLUSTER Y VARIABLES PSICOLÓGICAS

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	F	p
<b>SCL-90-R (Puntuaciones T)</b>					
Somatización	50.087	64.954	72.066	26.72	.000
Obsesividad-Compulsividad	57.652	67.227	78.533	30.79	.000
Sensibilidad interpersonal	55.000	67.272	73.866	12.07	.000
Depresión	61.652	69.954	78.533	14.89	.000
Ansiedad	50.217	67.954	75.133	15.77	.000
Hostilidad	51.521	59.227	68.133	21.37	.000
Ansiedad fóbica	45.652	67.181	69.200	15.21	.000
Ideación paranoide	50.217	61.409	72.066	12.25	.000
Psicoticismo	53.869	68.500	76.266	15.32	.000
Índice de severidad global	44.913	62.363	61.666	4.473	.015
Índice malestar sint.pos.	41.956	54.454	53.133	2.193	.120
Sintomatología positiva total	48.260	61.045	59.000	2.763	.071
<b>ISRA</b>					
Cognitiva	35	90	99	17.05	.000
Fisiológica	35	90	95	13.63	.000
Motora	35	90	95	9.683	.000
<b>Depresión (Zung)</b>	35.304	42.409	50.466	14.23	.000
<b>EMES-M</b>	113.00	128.63	112.33	3.049	.055
<b>SSS (Zuckerman)</b>					
Emoción-búsqueda aventura	4.9565	2.9545	6.6000	11.80	.000
Búsqueda de experiencias	4.3043	2.6818	5.5333	11.37	.000
Desinhibición	3.2174	2.1364	5.0667	9.789	.000
Susceptibilidad al aburrimiento	1.6087	2.3636	3.4667	5.437	.006
<i>Total</i>	13.652	9.6364	20.666	17.88	.000
<b>Eysenck</b>					
Impulsividad	9.1739	7.3182	11.533	3.861	.026
Aventura	5.9565	4.0000	9.8000	14.46	.000
Empatía	13.826	13.227	14.266	0.690	.505

*Grupo 2.* Formado por 22 sujetos, que representaban el 36.7% de la muestra. En este grupo se observaron niveles medios de psicopatología, es decir, en todas las dimensiones del SCL-90-R obtuvieron medias estadísticamente superiores a las del grupo 1, pero inferiores a las del grupo 3. La severidad de la psicopatología fue mayor que en el grupo 1 e igual al grupo 3. A los individuos de este grupo podía considerárseles con psicopatología psiquiátrica. Asimismo, las puntuaciones de este grupo en el ISRA fueron netamente superiores a las del grupo 1, y ligeramente inferiores a las del grupo 3. Se obtuvieron resultados equivalentes en la escala de Zung, manteniéndose este grupo en una posición intermedia entre el grupo 1 y el grupo 3. En cuanto a la escala SSS de Zuckerman, los sujetos del grupo 2 obtuvieron los niveles más bajos en las subescalas de Búsqueda de Aventuras y Búsqueda de Experiencias. Sin embargo, la puntuación en Susceptibilidad al Aburrimiento era algo superior a la obtenida por el grupo 1. El grado

de Impulsividad y de Aventura medido con la escala 17 de Eysenck muestra bajos niveles en comparación con los otros grupos.

*Grupo 3.* Constituido por 15 individuos, que representaron el 25% de la muestra. Todas las dimensiones del SCL-90-R obtuvieron niveles más elevados. Las diferencias con el grupo 1 eran estadísticamente significativas en el 100% de las dimensiones, mientras que con el grupo 2 lo eran en un 33%. Operativamente, podían ser considerados con graves trastornos psiquiátricos. Consecuentemente, los niveles de ansiedad y depresión (medidos a través del ISRA y del Zung) eran también los más elevados. Eran, asimismo, los sujetos que presentaban niveles más elevados de impulsividad y de búsqueda de sensaciones (en todas las subescalas).

### *Grupos-cluster y resultados del tratamiento*

Con referencia a los resultados del programa de tratamiento grupal de los 60 sujetos que componían la muestra, un 73.3% (N=44) lo iniciaron (17 del grupo 1, 14 del grupo 2 y 13 del grupo 3). Un 8.3% (N=5) abandonaron antes de empezar dicho programa (2 del grupo 1 y 3 del grupo 2). Un 6.7% (N=4) de los sujetos se excluyeron del tratamiento por diferentes motivos (2 del grupo 1 y 2 del grupo 2). Un 8.3% (N=5) se derivaron a Centros de Asistencia Primaria de Salud Mental, por presentar trastornos graves de la personalidad asociados (2 del grupo 1, 2 del grupo 2 y 1 del grupo 3). Iniciaron tratamiento farmacológico el 3.3% (N=2) (1 del grupo 2 y 1 del grupo 3).

De los 44 sujetos que iniciaron tratamiento psicológico, el 43.2% (N=19) lo finalizaron (7 del grupo 1, 5 del grupo 2 y 7 del grupo 3). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos-cluster. El 56.8% (N=25) restante abandonaron (7 del grupo 1, 12 del grupo 2 y 6 del grupo 3), no obteniéndose diferencias significativas entre grupos. Las sesiones en las que se observaron más abandonos fueron las primeras (entre la 1ª y 5ª sesión) y también las últimas (entre la 16ª y la 20ª). No se observaron tampoco diferencias significativas entre grupos.

### *Grupos-cluster y seguimiento*

Se obtuvieron los resultados del seguimiento de los 19 sujetos que finalizaron el tratamiento (43.2%), al cabo de 1 mes, tres, seis y doce meses de haber finalizado el tratamiento (véase Tabla 3).

A los cuatro años de haber finalizado el programa de tratamiento, se pudo localizar a 14 sujetos (73.3%), de los que el 50% se mantenían abstinentes, mientras que el 50% restante decía haber recaído. De éstos, el 50% (N=9) decían haber recaído durante el primer año después del tratamiento, el 37.5% (N=2) en el tercer año y el 12.5% restante (N=1) en el cuarto año, no habiendo diferencias significativas entre clusters.

Analizadas las recaídas de los siete sujetos localizados, se observó que un 20% decía jugar de forma no controlada, mientras que un 46.7% admitían jugar,

TABLA 3. GRUPOS-CLUSTER Y SEGUIMIENTO

Meses	N	Abstinencia	%	Recída	%
1	15	12	80	3	20
3	12	12	100	0	0
6	10	10	100	0	0
12	7	6	86	1	14

pero de forma controlada, a las cartas y a loterías. De los sujetos que habían recaído, un 14.3% (N=1) no habían realizado ningún otro tratamiento, un 14.3% (N=1) seguía tratamiento farmacológico, otro 14.3% (N=1) asistía a un grupo de autoayuda, mientras que el 57.1% restante (N=4) había vuelto a consultar en esta Unidad.

## Discusión

Los estudios de los que se dispone, relativos a las características demográficas de jugadores patológicos en programas de tratamiento profesional, informan de perfiles similares. Tanto los datos obtenidos en España como los de EEUU, coinciden en el siguiente perfil: varones, casados y mayores de 30 años (Lesieur, 1988; Volberg, 1991; González Ibáñez *et al.*, 1992; González Ibáñez, 1994; González Ibáñez *et al.*, 1995; Aymamí *et al.*, 1996). Estas características son similares a las que se obtuvieron en este trabajo, en el que un 86.7% eran varones, con una media de edad de 39.40 años y un 71.7% casados. En cuanto al nivel de estudios, los resultados obtenidos concordaban con trabajos anteriores del mismo grupo de trabajo (González Ibáñez *et al.*, 1990; González Ibáñez *et al.*, 1992), aunque diferían de los estudios llevados a cabo con muestras norteamericanas por Volberg (1991), en los que observan niveles de estudios algo superiores. En relación a la profesión, no se dispone de datos en donde se especifique la profesión de los sujetos en programas de tratamiento profesional. Por lo que nos referimos de nuevo a estudios previos llevados a cabo por el mismo grupo de trabajo y con muestras más amplias (González Ibáñez *et al.*, 1992; González Ibáñez, 1994; González Ibáñez *et al.*, 1995; González Ibáñez *et al.*, 1997), de los que no difieren.

En cuanto al nivel de psicopatología evaluado a través del SCL-90-R, se observaron puntuaciones elevadas en las escalas de obsesividad-compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión y psicoticismo, siendo la depresión la más elevada, lo que coincidiría con los resultados de Taber, McCormick y Ramírez (1987), Roy *et al.* (1988), Blaszczynski y McConaghy (1988, 1989), González Ibáñez (1994), González Ibáñez *et al.* (1995), González Ibáñez *et al.* (1997). De acuerdo con esto, es lógico pensar que los niveles de ansiedad (medidos con el ISRA) y de depresión (Zung) presentarían también niveles significativamente elevados, tal y como informa la literatura.

Se observaron bajas puntuaciones en impulsividad y búsqueda de sensaciones (valoradas a través del SSS de Zuckerman e I7 de Eysenck), lo que se interpretaría como que los sujetos de la muestra eran poco impulsivos y buscadores de sensaciones. Ello coincidiría con los resultados de Anderson y Brown (1984), Blaszczyński, Wilson y McConaghy (1986), Allcock y Grace (1988), González Ibáñez *et al.* (1992), Coventry y Brown (1993), González Ibáñez *et al.* (1995), Castellani y Rugle (1995) y difieren de los resultados de De Caria *et al.* (1996).

En cuanto a la variable asertividad, se observó una puntuación más bien baja, lo que se traduciría en que los sujetos de la muestra tenían una conducta bastante asertiva. Ello estaría claramente en desacuerdo con Seager (1970) que consideraba que los jugadores patológicos, en general, eran poco asertivos.

Con el objeto de intentar establecer una clasificación de los sujetos con unas características psicológicas homogéneas, se realizó un análisis *cluster* con las puntuaciones obtenidas de los instrumentos de evaluación utilizados, generándose tres grupos homogéneos, que ya se han descrito con detalle en el apartado de resultados. La clasificación de jugadores patológicos en tres grupos homogéneos confirmaría la impresión generalizada de que los jugadores patológicos podrían clasificarse en subgrupos, atendiendo a determinadas características personales (entre las que se incluirían las características psicológicas) (McCormick y Ramírez, 1988; González Ibáñez *et al.*, 1990; Dickerson, 1993; González Ibáñez, 1994; González Ibáñez *et al.*, 1995; Blaszczyński, 1996; González Ibáñez *et al.*, 1997). Sería importante destacar que se observó que lo que realmente diferenciaba a los tres subgrupos era el grado de psicopatología que presentaban, ya que el resto de rasgos psicológicos evaluados se mantenía en los tres subgrupos.

En cuanto a los resultados de tratamiento, se observó que los resultados eran bastante similares a los datos aportados por la literatura. En este trabajo, de los 60 sujetos evaluados, 44 iniciaron el programa de tratamiento grupal y no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a abandonos entre los tres grupos generados. Estos resultados coinciden con otros trabajos realizados con muestras más amplias (González Ibáñez *et al.*, 1997; González Ibáñez *et al.*, 1999). Asimismo, estudios realizados en EEUU informan de los mismos resultados, en el sentido de que un gran número de pacientes abandonan los programas de tratamiento y, muchos de ellos, vuelven a recaer en el juego (Greenberg y Rankin, 1982; McCormick y Taber, 1991; McConaghy *et al.*, 1991; Bujold *et al.*, 1994). En relación a estos datos, Blaszczyński, McConaghy y Frankova (1991) concluyen que las recaídas breves e intermitentes no tienen por qué ser invariablemente consideradas como una vuelta a la conducta de tipo adictivo y que quizás el objetivo de la abstinencia definitiva sea demasiado estricto como criterio para valorar el éxito o fracaso terapéutico.

En conclusión, los resultados confirmaron la hipótesis de que los jugadores patológicos no formarían un grupo homogéneo, si no que podrían identificarse subgrupos en relación a determinadas variables psicológicas. En este sentido, se observó que el grado de psicopatología era el factor que se hallaba mayormente diferenciado en los tres subgrupos. Por el momento, estos datos no se pudieron relacionar con los resultados de tratamiento, puesto que no obtuvie-

ron diferencias significativas en las variables de tratamiento estudiadas. Asimismo, tampoco se hallaron diferencias en cuanto al seguimiento. Sin embargo, atendiendo a estos resultados, se observó que de los sujetos que no abandonaron el tratamiento, un 80% se hallaban abstinentes al año de seguimiento. Por lo que era posible decir que el programa de tratamiento era eficaz para aquellos sujetos que lo finalizaban.

## REFERENCIAS

- Allcock, G. & Grace, D.M. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive no sensation seekers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 307-311.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington, DC.: Author.
- Anderson, G. & Brown, R.I.F. (1984). Real and Laboratory Gambling, Sensation-Seeking and Arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.
- Aymamí, M.N., González-Ibáñez, A. & Jiménez-Murcia, S. (1996). *Epidemiology of pathological gambling in a professional treatment programme in Barcelona* (Spain). Comunicación presentada en el Primer Simposio Internacional sobre Juego Patológico. L'Hospitalet. Barcelona.
- Blaszczynski, A. (1996). *Is pathological gambling an impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder?* Comunicación presentada en el Primer Simposio Internacional sobre Juego Patológico .L'Hospitalet. Barcelona. Spain.
- Blaszczynski, A.P., Wilson, A. & McConaghy, N. (1986). Sensation-seeking and pathological gambling. *British Journal of Addictions*, 81, 113-117.
- Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1988). SCL-90 Assessed psychopathology in pathological gamblers. *Psychological Reports*, 62.
- Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The International Journal of the Addictions*, 24 (4) 337-350.
- Blaszczynski, A, McConaghy, N. & Frankova, A. (1991). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *British Journal of Addictions*, 86 (11) 1485-1489.
- Blaszczynski, A., Steel, Z. & McConaghy, N. (1997). Impulsivity in pathological gambling: The antisocial impulsivity. *Addiction*, 92 (1), 75-87.
- Bujold, A., Ladouceur, A., Sylvain, C. & Boisvert, J.M. (1994) Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 25 (4) 275-282.
- Caballo, V.E. (1989). *La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una nueva medida de auto-informe*. Comunicación presentada en las VIIas Jornadas de Modificación de Conducta-Habilidades Sociales. Madrid.
- Caballo, V.E., Godoy, J.F. & Carroble, J.A.I. (1984). *Evaluación de las habilidades sociales por medio de un cuestionario multimodal: primeros datos*. Comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.
- Castellani, B. & Rugle, L.(1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking and craving. *International Journal of Addictions*, 30 (3), 275-289.
- Conde, V. y Escribá, J.A. (1970). La adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Actas y trabajos de la XIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología*. Valencia. Publicaciones de la Sociedad Española de Psicología, 259-265 and 886-889.
- Conde, V., Escribá, J.A. e Izquierdo, J.A. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurología*. Parte I. XXXIII, 2, 185-206.
- Coventry, K.R. & Brown, I.F.(1993). Sensation seeking and gambling addictions. *Addiction*, 88, 541-554.
- De Caria, C.M., Hollander, E., Grossman, R., Wong, C.M., Mosovich, S.A. & Cherkasky, S. (1996). Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry*, 57, Suppl. 8, 80-83.
- Derogatis, L.R. (1977). *Symptom Check List-90 Revised*. Administration Scoring and Procedures Manual. Baltimore.
- Dickerson, M. (1993). Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one form of gambling to another. *Journal of Gambling Studies*, 9 (3), 225-245.

- Eysenck, S.G.B, Pearson, P.R., Esating, G. & Allsopp, J.F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Person. Individ.*, 6 (5), 613-619.
- González Ibáñez, A. (1994). Características psicológicas y conductuales de los jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.
- González Ibáñez, A., Jiménez Murcia, S., Aymamí, M.N., Granero, R., Domènech, J.M. & Vallejo, J. (1999). *Efficacy of two outpatient cognitive-behavioural therapies for pathological gamblers*. Comunicación presentada en el 13 National Council on Pathological Gambling, Detroit.
- González Ibáñez, A., Pastor, C., Mercadé, P.V. y Aymamí, M.N. (1990). *Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico*. Libro de ponencias Sociodrogalcohol; XVIII Jornadas Nacionales. Barcelona.
- González Ibáñez, A., Mercadé, P.V., Aymamí, M.N. & Pastor, C. (1992). Clinical and behavioural evaluation of pathological gambling in Barcelona, Spain. *Journal of Gambling Studies*; 8 (3), 299-310.
- González Ibáñez, A., Saldaña, C., Jiménez-Murcia, S. & Vallejo, J. (1995). *Psychological and behavioural features of pathological fruit machine gamblers*. Comunicación presentada en el First European Conference on Gambling and Policy Issues, Cambridge University, Cambridge.
- González-Ibáñez, A., Aymamí, M.N., Jiménez-Murcia, S., Parada, R., Domènech, J.M., Granero, R. & Vallejo, J. (1997). *Assessment and cognitive-behavioural treatment of slot machine pathological gamblers*. Comunicación presentada en el 10th International Conference on Gambling and Risk-Taking, Montreal.
- Greenberg, D. & Rankin, H. (1982). Compulsive Gamblers in Treatment. *British Journal of Psychiatry*; 140, 364-366.
- Jiménez-Murcia, S., González-Ibáñez, A. & Aymamí, M.N. (1996). *Psychopathological and psychological variables of pathological gamblers*. Comunicación presentada en el Primer Simposio Internacional sobre Juego Patológico. L'Hospitalet. Barcelona.
- Lesieur, H.R. (1988). *Report on pathological gambling in New Jersey* (pp. 122-123). Written for the New Jersey Governor's Advisory Commission on Gambling.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A. & Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- McCormick, R.A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addic. Behav.*, 18 (3), 331-336.
- McCormick, R.A. & Taber, J. (1991). Follow-up of male pathological gamblers after treatment. The relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies*, 7 (2), 99-108.
- McCormick, R.A. & Ramírez, L.F. (1988). *Pathological gambling. Reprint from modern perspectives in psychosocial pathology*. Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.
- Rosenthal, R. & Lesieur, H.R. (1990). *Pathological gambling. Proposed descriptive text for DSM-IV*. Comunicación presentada en el Eight International Conference on Risk and Gaming, London.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V. & Linnoila, M. (1988). Depressed Pathological Gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 163-165.
- Seager, C.P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 35 (8).
- Taber, J.T., McCormick, R.A. & Ramírez, L.F. (1987). The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *The International Journal of Addictions*, 22 (1), 71-79.
- Tobal, J.J.M. & Cano-Vindel, A.R. (1986). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: Tea ediciones.
- Volberg, R.A. (1991). *The prevalence and treatment of compulsive gambling in the United States*. Comunicación presentada en el Fifth National Conference on Gambling Behavior, Duluth, M.N.
- Volberg, R.A. (1994). The Prevalence and demographics of pathological gambling: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84 (2), 237-241.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. New Jersey.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 12, 63-70.

