

ASPECTOS FUNDAMENTALES Y CLINICOS DE LA PSICOLOGIA DE LOS JUEGO DE AZAR Y DE DINERO

Robert Ladouceur¹
Université Laval

Resumen

Los juegos de azar y de dinero ocupan un sitio cada vez más importante en nuestras sociedades. El fenómeno del juego excesivo o patológico ha suscitado la atención de numerosos políticos, sociólogos, economistas, psiquiatras y psicólogos. El presente trabajo pasa revista a trabajos de carácter fundamental que tienen por finalidad comprender mejor la dinámica del juego patológico. Según nuestro parecer, la intervención terapéutica y preventiva tendría interés en integrar los conocimientos que provienen de la psicología experimental para maximizar su impacto. PALABRAS CLAVE: *Juegos de azar, juego patológico, prevalencia, psicología del jugador*

Abstract

The games of chance and money are more and more important in our society. The phenomena of excessive or pathological gambling has originated the attention of politics, sociologists, economists, psychiatrists and psychologists. The present paper reviews importante works which have as objective the understanding of the dynamics of pathological gambling. In our opinion, the therapeutic and preventive intervention would be interested in the incorporation of the knowledge of the experimental psychology for the maximization of its impact.

KEY WORDS: *Games of chance, pathological gambling, prevalence, psychology of gambler*

Los juegos de azar y de dinero han ocupado siempre un lugar importante en el seno de toda cultura, sociedad y capa social. Aún hoy en día, dos de cada tres adultos participan regularmente en él (Cornish, 1978; Kallick, Suits, Dielman y Hybels,

¹ La redacción de este artículo ha estado facilitada por la ayuda financiera del Conseil de Recherche en Sciences Humaines del Canadá, del Conseil Québécois de la Recherche Sociale y del Fonds Richelieu.

Correspondencia: Robert Ladouceur, Ph.D., Université Laval, École de Psychologie, Cité Universitaire, Québec, Canadá G1K 7P4.

Traducción realizada por Elisardo Becoña.

1979; Skolnick, 1979). Si, para la mayoría de la gente, el juego es una forma de ocupar el tiempo de ocio sin consecuencias, algunas personas desarrollarán una patología del juego: el juego se convertirá en una enfermedad o en una dependencia que se traducirá en un impulso incontrolable de apostar dinero. Para un jugador patológico apostar es una fuente de excitación y de ocio que dominará enteramente su vida y que arrastrará una multitud de consecuencias nefastas (Custer y Milt, 1985). Importantes consecuencias económicas se derivan de los problemas del juego: la media de las deudas de juego de un jugador en tratamiento en Estados Unidos varía desde 53.350 a 92.000 dólares (Division of Alcoholism, 1988; Politzer, Morrow y Leavey, 1985). Los jugadores con el fin de procurarse dinero, cometen a menudo actos ilegales tales como: emisión de cheques sin fondos, robos en el trabajo, robos a mano armada, venta de drogas, fraude, etc. (Lesieur, 1984). Problemas familiares tan importantes como el divorcio, la violencia psicológica y física son consecuencias frecuentes del juego patológico (Lorenz y Shuttlesworth, 1983). En resumidas cuentas, las consecuencias personales, sociales y familiares del juego patológico son enormes. Además, y dado que este problema aún es refractario a toda forma de tratamiento, todos los especialistas se ponen de acuerdo para afirmar que es necesario movilizar nuestras energías para la prevención del juego patológico. Los siguientes apartados discuten algunos datos epidemiológicos del comportamiento de juego, la prevalencia del juego patológico, los mecanismos de base que estarían en el origen del juego, y las perspectivas teóricas y clínicas del tratamiento de los jugadores patológicos. Finalmente, presentaremos brevemente el contenido de nuestro programa de prevención del juego patológico actualmente en curso entre los jóvenes adolescentes.

Prevalencia del juego

Estudios de prevalencia del juego patológico han sido llevados a cabo recientemente en Estados Unidos y en Québec. Volberg y Steadman (1988) identifican un 2,8% de jugadores patológicos en los estados de Nueva York y de Nueva Jersey, un 2,4% para el de Maryland y un 1,7% para el de Iowa. En Québec, la tasa de jugadores patológicos es del 1,2% y la de jugadores en riesgo del 2,6% (Ladouceur, 1991). Estos estudios también han sido realizados entre adolescentes. En 1988, el U.K. National Housing and Town Planning Council ha llevado a cabo una encuesta entre 9.752 jóvenes de 13 a 16 años en 17 escuelas repartidas en 6 distritos escolares. De estos jóvenes, el 57,7% ya ha visitado un establecimiento de juego, el 14,3% juega a las máquinas tragaperras una vez por semana como mínimo, el 7,4% ya ha robado dinero para jugar y el 6,2% admite cometer actos ilegales con el fin de procurarse dinero para poder jugar a estas máquinas. Griffiths (1990) ha examinado los comportamientos de juego de 50 adolescentes, habituales usuarios de las máquinas tragaperras: el 18% fue diagnosticado como jugador patológico siguiendo los criterios del DSM-III-R, el 38% tiene deudas de juego, el 18% utiliza el dinero de su comida para jugar, el 12% roba y el 32% ha cometido actos ilegales para procurarse el dinero del juego. En Estados Unidos, Lesieur y Klein (1987) han hecho un estudio entre 892 adolescentes del undécimo y duodécimo año re-

partidos en 4 escuelas diferentes de Nueva Jersey. Constatan que el 91% de los adolescentes ha apostado dinero por lo menos una vez en su vida, que el 86% ha jugado durante el año pasado, que el 32% juega al menos una vez por semana y que el 5,7% son jugadores patológicos. En Québec, hemos estudiado los comportamientos de juego entre 1.612 jóvenes de educación secundaria de la región de Québec, repartidos en varias escuelas. El 76% de los encuestados ya han jugado por lo menos una vez en su vida, el 65% han jugado durante el año pasado, el 24% son jugadores habituales y el 1,7% son jugadores patológicos. El 15% de los jóvenes ya han pedido prestado dinero para jugar, el 9% juega el dinero de su comida y el 8,9% comete actos ilegales para procurarse el dinero del juego (Ladouceur y Mireault, 1988).

Las preferencias por los juegos varían de un país a otro. Lesieur y Klein (1987) constatan que los adolescentes de Nueva Jersey juegan principalmente a las cartas (49%), a los juegos de casino (46%), a las apuestas sobre acontecimientos deportivos (45%) y a las loterías (45%). En Inglaterra, las máquinas tragaperras son el juego preferido de los jóvenes (81%), seguido de las cartas (53%) y las apuestas sobre acontecimientos deportivos (51%) (Ide-Smith y Lea, 1980). Ladouceur y Mireault (1988) ponen de relieve que en Québec, los jóvenes juegan en su mayoría a las loterías (60%), a las apuestas sobre acontecimientos deportivos (45%) y a las cartas (36%). Los juegos preferidos son también los más disponibles puesto que no hay coacciones legales que impidan a los jóvenes jugar. Al comparar los diferentes porcentajes de prevalencia del juego patológico, destaca una constante: la propensión al juego patológico es más elevada entre los adolescentes que entre los adultos. El hábito del juego está fuertemente anclado entre los chicos y chicas de nuestras sociedades.

Psicología del jugador

¿Cómo se convierte un individuo en un jugador patológico? En nuestra opinión, los estudios fundamentales deben clarificar esta cuestión. Desde hace doce años, en la Escuela de Psicología de la Universidad de Laval, en Québec, examinamos esta cuestión. He aquí, en resumen, el resultado de algunos trabajos. Pero antes de ir más lejos, demos la definición de lo que entendemos por «Juegos de azar y de dinero». Se deben dar tres condiciones: (1) el individuo debe saber que apuesta dinero o algún objeto de valor, (2) que esta apuesta es irreversible y (3) que el desenlace del juego descansa principalmente o totalmente en el azar.

Contrariamente a la creencia popular, el afán de lucro no es la única motivación del juego. En el casino, independientemente del juego, del 2 al 40% de las apuestas van directamente al propietario. Evidentemente, es una de las inversiones más ridículas que un individuo pueda hacer. Entonces ¿por qué jugar? La primera razón habitualmente invocada para explicar este hábito gira en torno a la ganancia monetaria. Pero un análisis detallado del juego revela unas explicaciones muy diferentes que son, por añadidura, todas tan interesantes como sorprendentes. Examinemos juntas algunas de ellas, encontradas a lo largo de las investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos y en Québec.

Ellen Langer (1975), una psicóloga de la Universidad de Harvard, afirma que los jugadores desarrollan una percepción de control ilusorio en lo que se refiere a los juegos de azar y de dinero. El individuo, en situación de juego, recurriría a sus habilidades o a su destreza y desarrollaría unas estrategias para vencer al azar. Así, sobrevaloraría sus posibilidades subjetivas de ganar. En lo que se refiere a esto, recordemos tan sólo al jugador de ruleta que anota sistemáticamente a lo largo de noches enteras todos los números a fin de utilizarlos en el momento que juzgue oportuno y hacer la apuesta ganadora. No estamos acostumbrados como seres inteligentes que somos a considerar al azar como una explicación justa y plausible de un acontecimiento. Invocamos habitualmente al azar cuando tocamos las fronteras de nuestro conocimiento o cuando abordamos un fenómeno completamente inhabitual. Estudios empíricos demuestran que cuando esos sujetos deben generar números al azar son incapaces de hacerlo.

En efecto, los estudios demuestran que los individuos son generalmente incapaces de producir secuencias aleatorias (Wagenaar, 1972) y mantienen una gran confusión en lo que se refiere a la parte concerniente al azar y a las habilidades en diferentes juegos. Wagenaar (1988) publicó recientemente una brillante discusión sobre este problema desconocido para la mayoría de los clínicos. Los sujetos de este estudio tienden a evitar, de forma excesiva, las repeticiones, produciendo así un número demasiado grande de alternancias (ver Diener y Thompson, 1985; Wiegersma, 1986, 1987; Zahn, 1982). En nuestro laboratorio realizamos una serie de estudios sobre el tema, financiados por el Consejo de Investigación en Ciencias Humanas de Canadá (Ladouceur y Bordier, 1991). El error cognitivo que está en la base de esta desviación es que la gente es incapaz de tener en cuenta la independencia entre los acontecimientos. Esta dificultad sería, en nuestra opinión, el elemento más importante para comprender la dinámica del jugador en nuestro programa de terapia.

En 1967, Henslin, un sociólogo que observaba a los jugadores en los casinos de las Vegas narraba este hecho tan cómico y divertido como revelador. En el juego de «Crap» (juego de azar y de dinero basado únicamente en el lanzamiento de dos dados), Henslin cuenta que cuando los jugadores desean una cifra elevada, efectúan un lanzamiento fuerte y rápido y que contrariamente a esto, efectúan un lanzamiento lento y suave si el punto de mira es poco elevado. La ilusión de control se transmite sobre la energía que se impulsa a su movimiento de muñeca. En nuestro laboratorio, hemos verificado la importancia del papel activo asumido por el jugador. Hemos invitado a dos grupos de jugadores a participar en una sesión de juego de ruleta. Los dos grupos estaban sometidos a las mismas condiciones que las creadas en un casino, poco más o menos. Los jugadores del primer grupo lanzaban ellos mismos la bola mientras que el «croupier» ejecutaba esta tarea para los individuos del segundo grupo. Que sea el individuo o el «croupier» quien lance la bola, no cambia en nada el desenlace del juego. Los resultados han mostrado claramente que los individuos que lanzaban ellos mismos la bola apostaban mucho más alto y sobrevaloraban mucho más sus posibilidades de ganancias que los jugadores del segundo grupo (Ladouceur y Mayrand, 1987). En este orden de ideas, Langer nos aporta un estudio interesante. En una fábrica con un gran número de empleados, realiza un sorteo. Los billetes se venden a un dólar cada uno. La mitad de los indivi-

duos elegían ellos mismos su billete en el talonario, mientras que los otros recibían su billete de manos del experimentador: ésta era la única diferencia entre los dos grupos. Una semana antes del sorteo, el experimentador recibe a los empleados que han comprado un billete, y con el pretexto de que ha habido más solicitudes que billetes disponibles, pregunta a cada uno de ellos a qué precio aceptaría revender su billete. Mientras que la gente que no ha escogido su billete exigía 1,96 dólares (o sea prácticamente el doble del precio pagado inicialmente), los que han elegido su billete, lo revenderían por 8,67 dólares.

Examinemos esta ilusión de control en su manifestación más cotidiana, es decir, en las loterías. En los países industrializados, debido a su disponibilidad y a su estructura de juego, las loterías ocupan el primer lugar de popularidad entre los juegos de azar y de dinero. Generalmente, son tres las estructuras de lotería ofrecidas a los jugadores: (1) las loterías pasivas donde el número figura ya en el billete cuando se compra, (2) las loterías pseudoactivas donde el jugador compone su propio número y (3) las instantáneas, donde el jugador después de haber rascado o extraído un trozo de papel, descubre instantáneamente si gana o no (digamos de paso que son máquinas tragaperras de papel). Al determinar el número de su billete, el jugador de loterías pseudoactivas toma necesariamente una parte más activa en el juego. Desde el punto de vista objetivo, el hecho de que un individuo elija los números de su billete no aumenta sus posibilidades o probabilidades de ganar ya que, no olvidemos, cada sorteo es independiente del precedente. Pero con este gesto aumentaría su grado de implicación en el juego y desarrollaría así una gran ilusión de control. He aquí el estudio que hemos llevado a cabo sobre este tema. En los kioscos o en los puntos de venta de billetes de lotería, hemos interrogado a doscientos jugadores de loterías pasivas y a doscientos jugadores de loterías pseudoactivas. Entre las numerosas preguntas formuladas a los individuos, nosotros pedíamos al jugador que intercambiase el billete que acababa de comprar por uno recién comprado por nosotros. Si rechazaba nuestra proposición, le ofrecíamos entonces tres, cinco y hasta diez billetes a cambio del suyo. Para el jugador de lotería pseudoactiva, el billete propuesto se componía de números elegidos al azar. Desde el punto de vista objetivo, en cuanto le ofrecemos dos billetes, el individuo debería concluir el cambio. Entonces ¿qué ha ocurrido? Los jugadores de loterías pseudoactivas han elegido significativamente más billetes que los del otro grupo para completar el cambio, varios han rechazado hasta diez billetes por el suyo y algunos han confesado que incluso una oferta de 100 billetes sería rechazada (Ladouceur, Mayrand, Gaboury y St-Onge, 1987). Estos jugadores eligen cuidadosamente los números de la suerte para elaborar su combinación: para uno, una fecha de nacimiento a la que permanecerá fiel en cada sorteo, para otro unas cifras sacadas de unas tablas matemáticas. No es casual que las ventas de lotería pseudoactivas cuenten con más del 70% de las ventas totales de lotería en Québec.

A lo largo de nuestras investigaciones, llevadas a cabo para verificar los diversos factores que influyen en la ilusión de control, hemos observado un fenómeno inesperado: *la asunción de riesgo monetario aumentaba a medida que participaba en el juego*. El contacto o la exposición al juego incita al jugador a asumir una toma de riesgo monetario creciente. Esta tendencia se manifestaba en todos los juegos (Blackjack, Ruleta, Video-poker, Máquinas tragaperras) y entre todas las categorías

de jugadores (principiantes, habituales, patológicos) que juegan solos o en grupo (Ladouceur, Tourigny y Mayrand, 1986; Gaboury *et al.*, 1988). Este resultado ha sido hallado con tal constancia en todos nuestros trabajos, que está claro que el efecto entrenamiento en los juegos de azar ocupa un papel crucial y que será importante tenerlo en cuenta cuando abordemos el tratamiento de los jugadores patológicos. Encontramos una bonita ilustración de este hecho con la ocasión de una partida de cartas (poker) entre amigos. Antes de terminar el juego al final de la velada, un jugador propone una apuesta tan elevada que hubiese sido juzgada inaceptable o insensata por todos los participantes si ésta hubiese sido hecha al principio de la partida. Pero, ¿este efecto entrenamiento es rápido? ¿Hacen falta varias sesiones de juego para observarlo? ¿Es duradero? Hemos contestado a estas preguntas al observar durante tres sesiones de ruleta a los jugadores principiantes y a los habituales. Anotábamos cada día, la suma de dinero o de fichas apostadas. Queríamos conocer la evolución de las apuestas a lo largo de varias sesiones de juego y sobre todo el nivel de partida de las apuestas en relación con las de la sesión anterior. Los resultados muestran una toma de riesgo que se mantiene en el tiempo ya que los jugadores, principiantes o habituales, no volvían nunca a su apuesta inicial de la primera sesión. Empezaba la sesión subsiguiente apostando más fuerte que al principio de la sesión precedente. Pero un resultado inesperado fue que en la última sesión de juego, ya no podíamos distinguir la curva de la toma de riesgo monetario de los jugadores principiantes de la de los jugadores habituales (Ladouceur *et al.*, 1986). Es necesario mencionar que la tendencia no era que los jugadores habituales se habían vuelto más avariciosos en sus apuestas.

Teniendo en cuenta lo anterior, ¿qué ocurre dentro de la cabeza del individuo bajo el fuego de la acción? ¿Cómo interpreta el jugador el juego para asumir una toma de riesgo monetario creciente a pesar de las pérdidas repetidas? A lo largo de estos trabajos, nuestras múltiples observaciones nos hacían creer que la actividad cognitiva del individuo se convertía en distorsionada, tergiversada y errónea. Era necesario examinar de manera detallada las cogniciones del individuo durante el juego. Para eso, hemos utilizado el método de pensar en voz alta (*Thinking Aloud*). Los jugadores expresan en voz alta e inteligible todo lo que se dice anteriormente, incluso lo que les parece fuera de lugar, grosero o no pertinente. Después de un entrenamiento bien planificado y de algunos ejercicios, la mayoría de la gente lo consigue. Estas verbalizaciones son grabadas en casetes y el psicólogo estudia, analiza y agrupa después este rico material cognitivo bajo la etiqueta de «racional/adeecuado» o «irracional/inadecuado», si tienen en cuenta o no el azar como determinante del juego. El primer estudio realizado con ayuda del método de pensar en voz alta utiliza la famosa máquina tragaperras muy conocida por los asiduos de los casinos. Los resultados fueron, es lo menos que se puede decir, espectaculares. Más del 75% de las verbalizaciones del jugador eran irracionales, inadecuadas o erróneas, es decir que se apartaban, ignoraban, incluso negaban el azar como determinante del desenlace del juego. Este número es impresionante si se tiene en cuenta las pocas sutilezas del juego utilizado (Gaboury y Ladouceur, 1989).

Esta gente, ¿no tenía al principio una percepción errónea del juego?, es decir, ¿no creían en métodos para influir sobre el desenlace del juego? Dos tipos de jugadores fueron entonces invitados a participar en una sesión de juego de ruleta: la

mitad de ellos concebían el juego de ruleta como determinado por el azar mientras que los otros creían que la utilización de estrategias aumentaría sus posibilidades de ganar. Según estas percepciones de partida, el primer grupo tendría pocas percepciones irracionales. Los resultados fueron otra vez más muy claros: más del 75% de las verbalizaciones eran irracionales, y esto *en los dos grupos de individuos cualquiera que fuera su percepción inicial* (Gaboury y Ladouceur, 1989). Estas percepciones aunque adecuadas en principio, se han perturbado durante el juego. Por ejemplo, es erróneo pensar que la salida de seis rojos consecutivos en la ruleta aumenta la posibilidad de la salida de un negro o que después de cinco pérdidas consecutivas, llegó la hora de apostar una cantidad elevada ya que la ronda ganadora «debe» salir. Los juegos de azar suscitan pues una percepción errónea incluso en la gente que al principio creía que el desenlace del juego está enteramente determinado por el azar.

Estas cogniciones erróneas parecían automáticas y espontáneas en el jugador. Hemos verificado si el jugador se daba cuenta de estos deslices cognitivos. Diez individuos que habían participado en uno de nuestros estudios fueron invitados a volver al laboratorio para un encuentro adicional con la finalidad de ayudarnos a interpretar los resultados de un estudio anterior. A cada uno de ellos le hemos presentado los tres gráficos siguientes: 1. su propio gráfico representando un 80% de verbalizaciones irracionales y un 20% de verbalizaciones racionales, 2. un gráfico ficticio inverso, 3. un gráfico en el cual las verbalizaciones irracionales son equivalentes a las verbalizaciones racionales. Nosotros les pedíamos esto: «Ha participado usted hace unos días en una sesión de juego. Uno de estos gráficos representa sus resultados. ¿Podría usted indicarme cuál? Describanos el tipo de persona que se esconde detrás de los restantes». Seis individuos de diez han elegido el gráfico 2 como reflejo de su hazaña cognitiva. Además la descripción que hacían de su propio gráfico sin conocer aún su origen era poco elogiada. Ellos afirmaban que se trataba de un individuo cautivo del juego, de un individuo poco crítico, impulsivo, que se deja fácilmente engañar e influenciar, alguien que seguramente necesita ayuda para resolver su problema. En cuanto al tercer gráfico, se trataba para ellos de un jugador problemático potencial. Pero cuando nosotros les informábamos de los «verdaderos» resultados, no se lo creían, algunos han exigido incluso volver a escuchar su propia casete para verificar la veracidad de nuestras conclusiones.

Evolución del juego patológico

El individuo se convierte en jugador patológico en el transcurso de un largo proceso (ver Custer y Milt, 1985). A menudo se ha presentado en la carrera del jugador patológico un período de (1) *ganancias*. Como lo mencionábamos más arriba, las actividades del juego comienzan durante la adolescencia o incluso durante la infancia. A menudo, el individuo tuvo la suerte o la desgracia, dependiendo del punto de vista con que se mire, de obtener varias ganancias. Estas ganancias le proporcionan dinero que simboliza el poder y el reconocimiento social. Con este dinero es muy generoso: hace regalos a sus amigos o a su compañera, pagará mucho más a menudo la cuenta en el restaurante o en el bar.... Evidentemente, le seguirá

tarde o temprano una fase de (2) *pérdidas*. Habiendo experimentado no sólo el placer de ganar sino que, estando convencido de que controla el juego, atribuye sus pérdidas a unas condiciones exteriores (por ejemplo, la pista de carreras que estaba en mal estado, su jugador preferido de fútbol que estaba en baja forma...). Él niega la realidad, convencido de que volverá a encontrar su «forma anterior»: No comprende lo que ocurre, volverá al juego para «resarcirse», para recuperar el dinero perdido. Esto le llevará a pedir prestado, a vender sus bienes, a hipotecar su residencia, a cometer actos ilegales para financiar sus actividades de juego. Subrayemos que el jugador no es un psicópata; su comportamiento no tiene un fin antisocial. Todo lo contrario, está convencido de que devolverá el dinero adquirido con la mentira o el robo, puesto que, este dinero no sirve más que para jugar y recuperar el dinero perdido. Se vuelve entonces ansioso, obsesionado por el juego, depresivo. Esta fase puede durar 5, 10 ó 15 años. Finalmente, entra en una fase (3) *de desesperación*. En un último esfuerzo, recurre a una persona de su entorno que actuará de garante al prestarle una suma importante de dinero. Estará de nuevo eufórico, creyendo que la suerte le volverá a sonreír, pero lo perderá todo y no tendrá otra solución que la de acudir a consulta. Varios de entre ellos habrán considerado por entonces la posibilidad del suicidio. Se compara a menudo la evolución del juego patológico con el cáncer, en el sentido en que empieza lenta y solapadamente, sin señalar su presencia, y se vuelve de repente muy agresivo. Desde el punto de vista clínico, hemos descrito estas etapas en la mayoría de los jugadores que se han presentado a tratamiento en nuestro programa.

A su lado, la mujer que comparte su vida atravesará tres fases. Primeramente, se negará a reconocer el problema, creyendo que no hay ningún peligro y que es la continuación de lo que ha sido siempre (fase de negación). Luego acaba por darse cuenta de la gravedad del problema. Pero sigue aceptando las justificaciones del jugador, sintiéndose culpable de los actos efectuados por su esposo (fase de estrés). Por último, se vuelve exasperada, sufrirá de insomnio, pérdida de apetito, consumo excesivo de medicamentos. Empieza a tener miedo de su cónyuge y de lo que le pueda ocurrir.

Tratamiento

El tratamiento de los jugadores patológicos no tiene una larga tradición. Incluso se ha sugerido un internamiento del paciente, creyendo que la situación financiera y psicológica del jugador está tan deteriorada que necesita que se hagan cargo de él durante cierto tiempo (un mes más o menos). Este recluimiento le permitiría abandonar sus actividades sociales que le incitaban a jugar y tomarse el tiempo de pensar en sus problemas familiares, financieros y legales.

Sin embargo, la mayoría de los tratamientos se hacen sobre una base ambulatoria. Primero hay que establecer si el objetivo de la terapia es la abstinencia total o una práctica controlada del juego. La mayoría de los programas apuntan al cese de toda actividad del juego, teniendo en cuenta que el juego patológico es una dependencia del mismo tipo que el alcoholismo. Algunos autores han intentado rehabilitar a estos jugadores permitiéndoles entregarse al juego de manera controlada o social. Dicker-

son y Weeks (1979) y Rankin (1982) han publicado dos estudios de casos mostrando el éxito de tal aproximación. Estos autores matizan que, para algunos jugadores, este objetivo asegura la adhesión al tratamiento ya que la persecución de la abstinencia entraña un fin prematuro de la terapia. Aunque estas primeras impresiones clínicas no estén apoyadas en una investigación rigurosa, en nuestra práctica, tenemos cada vez más tendencia a aceptar este objetivo con ciertos pacientes. Hemos constatado que la abstinencia es un objetivo que no concordaba con la realidad de todos nuestros pacientes. Investigaciones en este sentido se siguen haciendo en nuestro centro.

El tratamiento que hemos desarrollado con los jugadores patológicos en nuestra clínica comprende cinco elementos. Los primeros resultados han sido alentadores y dejaban entrever una esperanza para ayudar a estos pacientes (Sylvain y Ladouceur, en prensa). Acabamos de terminar dos estudios experimentales confirmando la eficacia de este tipo de intervención entre adolescentes y adultos que sufren de juego patológico (Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert, 1992; Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1992). Estos trabajos han mostrado que al final del tratamiento todos los jugadores estaban abstinentes y las ganancias terapéuticas se han mantenido en los tests de reevaluación durante al menos seis meses. He aquí una breve descripción de los componentes terapéuticos de esta intervención.

1. *Información sobre el juego*: Esta fase inicial pretende informar al jugador de lo que es el juego de azar y de dinero. Es sorprendente constatar que la mayoría de los jugadores conocen mal lo que determina a estos juegos. Nosotros les indicamos que el azar es el único determinante del juego, que las partidas son independientes entre sí, que ninguna estrategia favorece al jugador a largo plazo, que el juego suscita percepciones ilusorias de control, que el juego está siempre concebido para proporcionar siempre ventaja al dueño del negocio. Durante esta fase, el clínico anotará las creencias erróneas mantenidas por el jugador.
2. *Corrección de las creencias erróneas*: El individuo aprende a utilizar el método de pensar en voz alta (ver Gaboury y Ladouceur, 1989) que consiste en decir en voz alta lo que se dice a sí mismo interiormente. Luego el clínico acompaña al paciente a una sesión de juego y graba sus verbalizaciones. Efectuamos estos pasos en nuestro laboratorio que posee varios aparatos de juego. Si no pudiéramos proceder de esta manera, la utilización de la imaginación, como se suele hacer en desensibilización sistemática, podría suplir la experiencia en vivo. El clínico atrae la atención del paciente sobre sus creencias erróneas y sobre el predominio de las verbalizaciones inadecuadas. Le sigue luego la corrección o reestructuración cognitiva similar a la utilizada en la terapia cognitiva (ver Blackburn y Cottraux, 1988).
3. *Entrenamiento en solución de problemas relacionados con el juego*: Como lo explica Goldstein (1988), el entrenamiento en solución de problemas comprende cinco etapas: 1) orientación general del problema, 2) definición y formulación del problema, 3) enumeración de las soluciones potenciales, 4) puesta en marcha de una solución, 5) verificación de la eficacia. El paciente aprende a aplicar estos puntos cuando se encuentra en situaciones conflictivas.
4. *Entrenamiento en las habilidades sociales*: El jugador aprende en forma de juego su papel de negarse a las peticiones que le son hechas, a transigir con los comentarios negativos y desagradables de sus semejantes y a desarrollar un ambiente social que le convenga.

5. *Prevención de las recaídas*: Varios terapeutas mantienen que la fase más importante en todo cambio es la fase de mantenimiento y sobre todo con los problemas de dependencia. El paciente es informado de las posibilidades de una recaída en el juego excesivo en un momento dado. El terapeuta le enseñará a reconocer las situaciones de riesgo, que una recaída no es un error irreparable, sino una dificultad superable. Hemos adaptado a los jugadores patológicos al programa de prevención de las recaídas de Marlatt y Gordon (1985).

Según nuestro conocimiento, estos trabajos son los primeros en utilizar una metodología rigurosa para comprobar la eficacia de una intervención terapéutica en los jugadores patológicos.

Prevención

Los hábitos del juego están fuertemente anclados en torno a los adolescentes y la adolescencia de nuestras sociedades. Con el fin de evitar la propensión de esta patología que causa daños importantes a nivel del individuo, de su familia y de la sociedad, es pues primordial desarrollar programas eficaces de prevención primaria para reducir las tasas de aparición de esta patología.

La prevención se presenta en tres partes: 1) la prevención primaria se refiere a las acciones emprendidas antes de la aparición de los trastornos para contrarrestar su propensión o para modificar su curso antes de que la persona esté afectada, 2) la prevención secundaria implica un diagnóstico precoz de los trastornos y la puesta en práctica de un tratamiento inmediato para invertir los efectos incipientes, 3) la prevención terciaria implica una intervención basada en los esfuerzos que tienen por finalidad la reducción de los efectos residuales de los trastornos ya identificados (ver Goldston, 1977). Cowen (1983) pone en tela de juicio las prevenciones secundaria y terciaria, que según él no persiguen el mismo fin que se fija realmente para la prevención. Él insiste en la prevención primaria como la categoría que se remite realmente a la prevención.

En este mismo orden de cosas, Bloom (1982) aconseja no utilizar los términos prevención secundaria y terciaria sino más bien los términos tratamiento y rehabilitación a fin de clarificar las cosas y utilizar el término prevención exclusivamente para lo que concierne a la prevención llamada primaria.

En nuestra opinión, es hora de elaborar programas eficaces cuyo objetivo sea disminuir la aparición de esta patología en nuestra sociedad. La disponibilidad cada vez mayor de los juegos de azar y de dinero desembocará en un aumento del número de jugadores patológicos. El medio más importante para la reducción de las consecuencias negativas asociadas al problema del juego es prevenir el mal antes de que se instale, es decir intervenir entre los jóvenes que aún no han desarrollado este hábito o lo han desarrollado poco.

La escuela es un medio ideal y un soporte privilegiado para los programas de prevención primaria, permitiendo llegar fácilmente a los niños, sin que importe su nivel socioeconómico, su raza, etc. (Linney, 1989; Reinherz, 1982; Schweinhart y Weikart, 1989). Toda intervención preventiva entre los jóvenes debe comprender dos facetas, a saber, la transmisión de informaciones pertinentes y el desarrollo de habilidades necesarias para el control de la situación por medio de actividades en grupo (Wodarski, 1989).

La prevención del juego no tiene tradición. Hemos llevado a cabo el único estudio sobre el tema (Gaboury y Ladouceur, 1992). Aunque de naturaleza preliminar, hemos evaluado a 289 estudiantes repartidos (as) en 18 clases de secundaria IV y V de la región de Québec. La estructura del programa y las medidas utilizadas se inspiraban en su mayoría en los programas de prevención del abuso de drogas puestos a punto por Rhodes y Jason (1988). Este programa se situaba a nivel de la prevención secundaria puesto que los hábitos de juego ya estaban presentes (Griffiths, 1989; Ladouceur y Mireault, 1988; Lesieur y Klein, 1987). Los resultados han mostrado una mejora a nivel de los conocimientos en relación con el juego, pero desgraciadamente no han modificado los hábitos y las actividades de los jóvenes hacia el juego. Aunque innovadora, esta intervención no se había centrado en el grupo de edad ideal para obtener una modificación de los hábitos de juego. Este programa enfocaba la prevención primaria en un medio donde se imponía la prevención secundaria. Puesto que los hábitos de juego ya están adquiridos, esta intervención hubiese debido centrar sus esfuerzos en el tratamiento de los jóvenes que ya estaban presos de los problemas del juego patológico y no intentar contrarrestar la aparición de los trastornos. Además no había ningún paso que se centrase en la adquisición de habilidades para acomodarse a la ansiedad y a la presión de sus iguales. Con el fin de suscitar la búsqueda en este terreno, presentamos aquí el contenido de un programa de prevención que es el tema actual de un estudio experimental en nuestro laboratorio. Puesto que la prevención primaria ofrece mayores posibilidades de éxito (Bloom, 1982; Cowen, 1983), el programa propuesto se orienta en esta dirección y se centra en los jóvenes de nivel escolar de primaria.

Este programa se centra en tres encuentros a lo largo de tres semanas. He aquí un breve resumen de las cuatro dimensiones de nuestro programa.

A. Mejorar los conocimientos de los juegos de azar y de dinero, del juego patológico y de sus consecuencias

Esta parte consiste en desarrollar una noción realista de los juegos de azar y de dinero en el niño. Así, se hace una distinción entre juego de azar y juego de destreza. Son identificados los juegos legales y los juegos ilegales. La noción de imprevisibilidad es abordada al insistir en la idea de que ninguna estrategia, superstición, número de la suerte u otros elementos pueden influir en el azar y permitir fuertes ganancias. Se identifican los problemas que conlleva el juego: necesidad de aumentar siempre la frecuencia del juego o la suma de las apuestas para alcanzar el estado de excitación deseado, preocupación por el juego o por el medio de encontrar el dinero para jugar, pérdidas de importantes sumas de dinero en el juego, problemas con los padres o con las autoridades por culpa del hábito del juego, pérdida de amigos por el juego, etc. Los métodos pedagógicos utilizados para mostrar estos hechos son el juego, un vídeo e información oral.

B. Solución de problemas para evitar el juego excesivo

Se explican, en un primer momento, las nociones básicas sobre la solución de problemas y su aplicación. Las cinco etapas de la solución del problema se ilustran

con la ayuda de ejemplos: definición del problema, elaboración de las soluciones posibles, elección de una solución, puesta en práctica de la solución elegida y verificación de su eficacia (Goldstein, 1988; Spivack y Shure, 1982). Puestas en escena, juegos y material audiovisual son los medios preconizados. Este aspecto es innovador en cuanto al programa de Gaboury y Ladouceur y es primordial en la prevención primaria de los problemas del juego.

C. *Habilidades sociales apropiadas y asertividad*

Las habilidades sociales girarán en torno a la capacidad para la conversación. Se trata de enseñar una manera adecuada para entrar en contacto con los demás y poder mantener una conversación (escuchar a los demás, formular una pregunta, dar las gracias, hacer un cumplido). La aserción de uno mismo es el otro componente importante de este apartado y consiste en incitar a los jóvenes a emitir sus opiniones sin temor a ser juzgados por su entorno y en saber hacer frente a la presión de sus semejantes al decir no. El modelado y la representación de situaciones son los métodos pedagógicos primordiales en la enseñanza de estas habilidades (Goldstein, 1988). Este nuevo elemento favorecerá una mayor capacidad social entre los jóvenes que tendrán interacciones sociales más enriquecedoras. Podrán hacer amigos más fácilmente, mantener así una red social adecuada y evitar caer en un problema de dependencia por despecho.

D. *Modificación del entorno de los jóvenes*

Se trata de proporcionar información sobre el juego y sus funciones a las personas que pertenecen al entorno inmediato del joven. Los padres de cada uno de los niños del programa así como los profesores y los directores de escuela, reciben un folleto explicativo concerniente a los problemas del juego y son invitados a hablar de ello con el niño. En este folleto se incluyen también ciertas actitudes concernientes a los hábitos del juego a los que hay que prestar mayor atención. Se pegan posters denunciando los problemas del juego en cada escuela y en cada clase de los grupos experimentales. Se pone todo esto en marcha con la finalidad de crear una modificación del entorno más próximo al joven en lo que concierne a los hábitos de juego.

Conclusiones

La psicología de los juegos de azar y de dinero presenta retos extraordinarios. El investigador/clínico tendrá que integrar los aspectos fundamentales y aplicados de este tema, sin olvidar las dimensiones sociales, económicas y políticas. Pero en nuestra opinión, el investigador tiene que asumir una función primordial, es decir, la de informar al gran público de los peligros del juego excesivo.

Referencias

- Blackburn, I. M. y Cottraux, J. (1988). *Thérapie cognitive de la dépression*. París: Masson.
- Bloom, B. L. (1982). Marital disruption as a stressor. En *Environmental influences and strategies in primary prevention*. Hanover y Londres: University Press of New England.

- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C. y Boisveert, J.M. (1992). *Cognitive behavioral treatment of pathological gamblers*. Manuscrito enviado para publicación.
- Cormish, D.B. (1978). *Gambling: a review of the literature*. Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- Cowen, E. L. (1983). Primary prevention in mental health: past, present and future. En Feller, Jason, Moritsugu y Farber (comps.), *Preventive psychology: theory, research and practice*. Nueva York: Pergamon.
- Custer, R. y Milt, H. (1985). *When luck runs out*. Nueva York: Facts on File Publication.
- Diener, D. y Thompson, W. B. (1985). Recognizing randomness. *American Journal of Psychology*, 98, 433-447.
- Dickerson, M. G. y Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 139-141.
- Division of Alcoholism (1988). *Report on pathological gambling in New Jersey*. Trenton, NJ: Author.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 411-420.
- Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1992). Preventing pathological gambling among teenagers. *Journal of Primary Prevention*, en prensa.
- Gaboury, A., Ladouceur, R., Beauvais, G., Marchand, L. y Martineau, Y. (1988). Dimensions cognitives et comportementales entre les joueurs réguliers et occasionnels au Blackjack. *International Journal of Psychology*, 23, 283-291.
- Goldstein, A.P. (1988). *The prepare curriculum: teaching prosocial competencies*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Goldston, S. E. (1977). Defining primary prevention. En G. W. Albee y J.M. Joffe, J.M. (comps). *Primary prevention of psychopathology, vol. 1: the issues*. Hanover, New-Hampshire: University Press of New England.
- Griffiths, M. D. (1990). Addiction to fruit machines: a preliminary study among young males. *Journal of Gambling Behavior*, 6, 113-126.
- Griffiths, M. D. (1989a). Gambling in children and adolescents. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 66-83.
- Henslin, J. M. (1967). Crap and magic. *American Journal of Sociology*, 73, 316-330.
- Kallick, M., Suits, D., Dielman, T. y Hybels, J. (1979). *A survey of american gambling attitudes and behaviour*. Survey Research Center, Institute for Social Research. The University of Michigan.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec, Canadá. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1992). *Cognitive behavioral treatment of adolescent pathological gamblers*. Manuscrito enviado para publicación.
- Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1987) The level of involvement and the timing of betting in gambling. *Journal of Psychology*, 121, 169-175.
- Ladouceur, R., Mayrand, M., Gaboury, A. y St-Onge, M. (1987). Comportements des acheteurs de billets de loteries passives et pseudo-actives: Etude comparative. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 19, 266-274.
- Ladouceur, R. y Mireault (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 3-12.
- Ladouceur, R., Tourigny, M. y Mayrand, M. (1986). Familiarity, group exposure and risk taking behavior in gambling. *Journal of Psychology*, 120, 45-49.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.
- Lesieur, H. R. (1984). *The chase: career of the compulsive gambler*. Cambridge, MA: Schenkman Books.

- Lesieur, H. R. y Klein, R. (1987). Pathological gambling among high school students. *Addictive Behavior, 12*, 129-135.
- Linney, J. A. (1989). Optimizing research strategies in the schools. En *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Lorenz, V. C. y Shuttleworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology, 11*, 67-76.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Politzer, R. M., Morrow, J. S y Leavey, S. B. (1985). Report on the cost-benefit/effectiveness of treatment at the Johns Hopkins Center for Pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior, 1*, 131-142.
- Rankins, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behaviour Research and Therapy, 20*, 185-187.
- Reinherz, H. Z. (1982). Primary prevention of emotional disorders in school settings. En H.C. Schulberg, y M. Killilea (comps). *The modern practice of community mental health*. San Francisco: Jossey Bass.
- Rhodes, J. E. y Jason, L. A. (1988). *Preventive substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon.
- Skolnick, J. H. (1979). The social risks of casino gambling. *Psychology Today*, julio 1979, 52-64.
- Schweinhart, L. J. y Weikart, D. P. (1989). Early childhood experience and its effects. En *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Spivack, G. y Shure, M. B. (1982). The cognition of social adjustment: interpersonal cognitive problem-solving thinking. En B. B. Lahey y A. E. Kazdin (comps.), *Advances in child clinical psychology, 19*, 260-266.
- Sylvain, C. y Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Revue Canadienne de Sciences du Comportement, 24*, 479-489.
- Volberg, R. A. y Streadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry, 145*, 502-505.
- Wagenaar, W. A. (1972). Generation of random sequences by human subjects: A critical survey of literature. *Psychological Bulletin, 77*, 65-72.
- Wagenaar, W. A. (1988). *Paradoxes of gambling behavior*. Londres: Lawrence Erlbaum.
- Wiegersma, S. (1986). Avoidance of repetition in produces sequence and the concept of randomness. *Perceptual and Motor Skills, 62*, 163-168.
- Wiegersma, S. (1987). The effect of visual conspicuousness and the concept of randomness on the recognition of randomness in sequence. *The Journal of General Psychology, 114*, 157-162.
- Wordarski, J. S. (1989). *Preventive health services for adolescents*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Zahn, H. E. (1982). Compulsion towards order: man as random generator. *Studia Psychologica, 24*, 241-248.