
LUDOPATÍA: Características de la población que asiste a salas de juego en Tegucigalpa

Compulsive gambling: characterization of people that visit gambling casinos in Tegucigalpa

+ Ángel Cruz, Aurora Argeñal, Carolina Padilla, Eduardo George, Erika Blanco Fernando Novondo, Gabriela Padilla, Gustavo Galo, Nadia Ortega Ricardo Galeano, Yizel Paz.

*Germán L. Zavala "Roxana C. Núñez

RESUMEN

La ludopatía consiste en una alteración progresiva del comportamiento por la que un individuo siente una incontrolable necesidad de jugar, menospreciando cualquier consecuencia negativa.

Objetivo: Caracterizar la población que asiste a lugares de juego de azar en Tegucigalpa M.D.C., diciembre de 2006. **Metodología:** Tipo de estudio. Descriptivo transversal. El universo de estudio fue de 50,000 personas que asistían a lugares de juegos de azar. El tamaño de muestra fue de 384 personas. El método de muestreo fue estratificado, conformado por: 40 billares y 8 casinos. La unidad de análisis fue seleccionada aleatoriamente. **Procedimiento:** previo consentimiento informado de las personas que asistían a los lugares de juego, se solicitó permiso a los gerentes de los establecimientos. Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos: un cuestionario de carácter general con preguntas abiertas y cerradas que recogía datos personales; el segundo instrumento utilizado fue el SOGS (South Oaks ambling Screen). El grupo de investigadores se capacitó para el levantamiento de datos y aclarar dudas en aquellos casos que el entrevistado deseaba llenar los instrumentos. **Resultados:** la población de estudio fue clasificada en: Jugador social 143(37%), con problemas 86(22%) y jugador

patológico 155(40%). La edad de la población predominó en el grupo de 20-29 años 184(48%) y mayores de 50 años con 38(10%); el sexo mayoritario fue masculino con 301(78%), la edad de inicio en el juego fue de 15-19 años 204(53%), el motivo de inicio fue por entretenimiento 184(48%) e influencia de amistades 93(24%); La escolaridad era universidad incompleta 109(28%), secundaria completa 93(24%) y universidad completa (22%), la actividad laboral fue: estudiantes 113(29%), comerciante 82(21%) con ingreso económico en el rango 2,501-5,000 Lempiras. Los jugadores juegan, los días sábado 152(40%) y viernes 128(33%), el tiempo de permanencia varía, entre 1-2 horas 212(55%) Y 125(33%) de 3-4 horas. Los juegos que practican son diversos y les atraen: traga monedas 177(46%), billar 162(42%) y naipes o cartas. Los jugadores consumen sustancias adictiva, estas fueron: cigarrillos 245(64%), bebidas alcohólicas 267(70%), marihuana 11(3%) y cocaína 6(2%). Las personas con problemas de juego patológico, se caracterizan por no reconocer su adicción. **Conclusión:** Las personas que practican juegos de azar se inician a temprana edad con predominio del sexo masculino y cualquier persona independiente de la raza juega y se asocia con otras adicciones convirtiéndose en un problema de salud pública por las repercusiones a nivel familiar.

+ Médicos en Servicio Social, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

* Médico, Salud Pública, Profesor Titular, Dpto. de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

"Internado Rotatorio, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH..

Palabras clave: jugador social, juego patológico, ludopatía, criterios diagnósticos.

ABSTRACT

Abstract: Ludopathy is a progressive change of the human behavior, where the person feels an uncontrollable need to play, denying any negative consequences. **Objective:** To characterize the population involved in chance games in Tegucigalpa, in December 2006. **Methods:** A descriptive transverse study was carried out. The universe was 50,000 persons that frequented places of chance games. The sample consisted of 384 persons. The sample method was a stratified one, including 40 billiard (pool) games and 8 casinos. The analysis unit was randomly selected. **Procedure:** an individual consent was obtained from the people included in the study, as well as a permit from the managers of the game establishments. Two instruments were used for data collection: one was a personal questionnaire, the second one was the South Oaks Gambling Screen (SOGS). The researchers were instructed in the data collection techniques. **Results:** the studied population was classified in social player, 143 (37%), with problems, 86 (22%) and pathological player, 155 (40%). Most players were between 20-29 years, 184 (48%), over 50 years, 38 (10%). Males accounted for 301 (78%). The age of initiation was 15-19, 304 (53%). The initiation motive was entertainment, 184 (48%) and the influence of friends, 93 (24%). The education level was incomplete university, 109 (28%), completed high school, 93 (24%), completed university, (22%). Labor activity was: student, 113 (29%) and commerce, 82 (21%). Income range was 2500-5000 Lempiras. The day of play were Saturday, 152 (40%) and Friday, 128 (33%). The time of play varied between 1-2 hours, 212 (55%) and 3-4 hours, 125 (33%). The games played were slot machines, 177 (46%), billiard, 162 (42%) and cards. Players consumed addictive substances: cigarettes, 245 (64%), alcoholic beverages, 267 (70%); marihuana,

11 (3%), and cocaine, 6 (2%). Pathological players do not recognize their addictions. **Conclusions:** People who engage in chance games initiate early in life, are usually males, independently of race, associate themselves with other addictions, thus becoming a health problem because of the repercussions in their family life.

Key words: social players, pathological game, ludopathy, diagnostic criteria.

INTRODUCCIÓN

Los primeros indicios sobre la existencia del juego se remontan varios miles de años atrás, y, aparentemente, el juego precedió a la invención del dinero en cerca de mil años (1).

El juego por placer, azar, ocio u objetivo monetarios ha ocupado siempre un lugar importante en el seno de toda cultura, sociedad y capa social. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos, una civilización tras otra han inventado distintos juegos de azar. La búsqueda de excitación, el ataque al aburrimiento han estado a la base del juego en todos los tiempos (2).

Como es una actividad libre que permite recrearse y en cierta forma socializar con otras personas que tienen el mismo gusto, luego que empieza como una medida para cambiar la rutina, se van incrementando las visitas a lugares de apuestas y juegos de azar. De esta manera se pierde el control sobre la libertad de decisión de cuándo detenerse. Esta conducta problemática ha tenido dificultades de conceptualizarse, desde que Freud la describe por primera vez en 1928, al realizar un estudio analítico de “El jugador” de Dostoyevski, este escritor en su juventud se convirtió en ludópata y jamás lograría superar la enfermedad (3,4).

Está bien documentado que, desde 1936, el juego ha experimentado un continuo y rápido crecimiento en la mayoría de los países. Una causa

para este crecimiento que ha sido compartido por diversos autores es la disponibilidad de los juegos. Sin embargo, la afirmación de que el rápido crecimiento del juego es atribuible a la legalización y a la accesibilidad al juego, puede ser considerado al menos incompleto; ya que toda actuación sería inútil sino hubiera un deseo de jugar por parte de la gente. Incluso en las sociedades donde el juego ha sido prohibido éste ha florecido (5).

A medida que van pasando los años, el juego patológico o ludopatía, merece más atención desde la perspectiva de la salud pública. Los estudios de prevalencia han ayudado a mejorar su comprensión, ya que el hecho de saber a cuántos sujetos afecta, así como a que tipo de población, nos orienta a poner en marcha adecuados programas de prevención y tratamientos (6). Dada la importancia que hoy en día la sociedad de consumo concede al plano económico y material, se produce un incremento del número de personas movidas por la ambición, que buscan en el juego un escape a sus problemas, una forma de ocio alternativa que se convierte, finalmente, en un grave problema (7). Aún hoy en día, dos de cada tres adultos participan regularmente en él. Sí, 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 y éste 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 (8,9).

Siendo un problema considerado enfermedad psiquiátrica que afecta a más personas, se está abriendo paso entre los jóvenes y adultos en todo el mundo, su relación estrecha con la delincuencia organizada y con la violencia, así como su impacto en adolescentes, quienes son más propensos a ir armados a su sitio de estudio y a desarrollar un trastorno por abuso de sustancias, ha llamado la atención de las instituciones gubernamentales en diferentes partes del mundo. (10) Ir a la esquina a jugar en una maquina

de “destreza”; mandar al hijo a comprar cartones de la lotería a la agencia local (y posiblemente con los números ya seleccionados); asistir a un casino casi religiosamente e incluso apostar a los resultados de deportes o carreras. Todas ellas engloban diversas actividades lúdicas en la que uno ya puede estar familiarizado pero que cimientan una probable ludopatía. No por el mero acto de empezar a jugar, si no por la posibilidad de no poderse detener (11).

El auténtico reconocimiento del juego patológico como una entidad nosológica propia, se sitúa en 1980 cuando la American Psychiatric Association (APA) la introdujo bajo la denominación de “juego patológico” en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). En este año se definen por primera vez unos criterios diagnósticos específicos, que contribuyeron a crear las condiciones necesarias para el desarrollo de la investigación sobre este trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en la novena revisión de su clasificación Internacional de Enfermedades, la incluyó sin embargo como una categoría diagnóstica en la siguiente revisión, la CIE-10 (2).

La ludopatía o juego patológico es, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA- 2002), un trastorno de conducta caracterizado fundamentalmente por la incapacidad crónica y progresiva en resistir los impulsos de jugar, la sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo la conducta de juego y la experiencia de gratificación o alivio en el momento de ejecutarse. La ludopatía es considerada por la OMS y la APA como un Trastorno del Control de los Impulsos (TCI), pues el individuo que padece este trastorno se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar. Además es frecuente que los ludópatas presenten además otros TCI comórbidos. Aunque inicialmente fue propuesto como un trastorno del ánimo, parece que esta opción está actualmente descartada. Sin embargo otros autores consideran a éste más próximo a los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) (11,12).

Además de considerar al juego patológico como un trastorno mental, sujeto a determinados criterios diagnósticos, esta problemática puede abordarse desde algunas formas de juego que no constituyen un trastorno mental:

- a) **Juego social**, tiene lugar entre amigos o compañeros, su duración es limitada, y con pérdidas aceptables que se han determinado previamente;
- b) **Juego profesional**, el juego no es una actividad lúdica, sino una forma de ganarse la vida. Los riesgos son limitados y la disciplina es un elemento primordial. Algunos individuos presentan problemas asociados al juego pero no cumplen todos los criterios para el juego patológico y,
- c) **Juego problemático**, en el que se evidencia un aumento en la cuantía de las apuestas y en la frecuencia de éstas, así como en el tiempo dedicado al juego, e incluso es probable que el sujeto incremente su implicación en el juego coincidiendo con algún acontecimiento vital estresante.

Otros autores como Becoña citado por Goffard apuntan la existencia de cinco tipos de jugadores:

- 1) **El no jugador:** aquél que simplemente no juega.
- 2) **El jugador social:** individuo que juega por placer y mantiene control sobre su conducta.
- 3) **El jugador problema:** aquél que juega en exceso pero mantiene cierto control.
- 4) **El jugador patológico o JP:** sujeto que pierde el control sobre el juego y se vuelve recurrente en su conducta. También la actividad realizada por el jugador parece ser dirigida a controlar las leyes del azar.
- 5) **El jugador profesional:** aquél que vive del juego como los jugadores de póker profesional (11).

Varias teorías han sido postuladas por las distintas escuelas que se han ocupado del estudio del juego patológico han ofrecido teorías explicativas de él, según su propia orientación. Los psicoanalistas

fueron los primeros en intentar explicar el origen de la ludopatía. Entre las últimas aportaciones desde esta perspectiva, se ha señalado que el narcisismo era uno de los rasgos de la personalidad más destacados en los ludópatas.

Los autores conductistas han intentado explicar el desarrollo de este trastorno como una conducta aprendida, resultado de un proceso de refuerzo. Para algunos autores, el elemento reforzador es el incentivo económico, al menos en las etapas iniciales. Otros autores han señalado que el verdadero elemento reforzante en el juego patológico no es externo (el incentivo económico), sino interno, y estaría constituido por el estado de excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central, de forma que una vez experimentado llevaría al jugador a buscarlo de nuevo a pesar del deterioro social y personal en el que se acaba involucrando.

Para otros autores, lo esencial para explicar el mantenimiento del juego patológico es la puesta en marcha del llamado “mecanismo de ejecución conductual”, según el cual una vez que una conducta se ha convertido en habitual, cualquier estímulo relacionado con la realización de dicha conducta, ya sea interno (pensar en jugar) externo (entrar en los bares donde habitualmente se juega, escuchar el ruido de las monedas saliendo de la máquina, etc.), provoca en el individuo la necesidad de llevar a cabo dicha acción, de forma que si ésta no se completa se provoca un intenso malestar subjetivo.

El papel que las distorsiones cognitivas tienen en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico se ha señalado como fundamental por numerosos autores. El juego fomenta la “ilusión de control” por parte del sujeto y la percepción de sí mismo como elemento capaz de intervenir en sus resultados, a la vez que se van desarrollando una serie de pensamientos irracionales relacionados con el juego. Cuando más se implica un jugador en un determinado juego, más pensamientos irracionales se suscitan en relación con él. Las

teorías explicativas que integran las aportaciones de los modelos conductuales y cognitivos son en la actualidad las que desde el punto de vista psicológico presentan un mayor crédito en la explicación de la aparición y mantenimiento del juego patológico.

Desde que la ludopatía empezó a reconocerse como un trastorno patológico, se empezaron a desarrollar diversas líneas de investigación neurobiológicas en un intento de conocer sus mecanismos etiopatogénicos, para esclarecer las bases neuroquímicas del trastorno. Una línea de investigación son aquellas que suponen implicaciones de mecanismos serotoninérgicos que se asocia a los trastornos del control de impulsos y asociada a la inhibición; las hipótesis de una alteración del sistema no adrenérgico que esta implicada en el efecto, la impulsividad y en el grado de alertamiento; las hipótesis que plantean la relación de la ludopatía con los trastornos adictivos, y que señalan la implicación de las vías dopaminérgicas que está más implicado en el sistema de recompensa cerebral; otra hipótesis es la que incluye el espectro obsesivo-compulsivo.

En los últimos años se está asistiendo al desarrollo de otra línea de estudio, la genética, que intenta esclarecer el posible papel que algunos factores pueden tener como predisponentes en el desarrollo del juego patológico, el cómo se hereda el juego patológico aún es desconocido, sin embargo la claridad de este tema se mostrará cuando se realicen más estudios (2,10).

Son diversos los autores que han intentado describir cuál es el proceso, la evolución que lleva a una persona hasta el juego patológico. Suele tratarse de un proceso largo que en muchas ocasiones, se inicia en la adolescencia.

Las fases descritas son las siguientes:

Fase de ganancia: El jugador se inicia invirtiendo pequeñas cantidades en el juego y consigue ganar

algunos premios, e incluso en algunos casos estos premios pueden llegar a ser significativos en relación al dinero invertido en la apuesta. En esta etapa se comienza a generar fuertes esperanzas irracionales de obtener mayores ganancias. Todo esto puede generar que se incremente el monto, tiempo y frecuencia de las apuestas y el juego vaya aumentando progresivamente. En la idea de obtener más premios, se apuesta más y las pérdidas pueden empezar a ser mayores. En esta fase el jugador empieza a considerar que la única solución que tiene para recuperar el dinero es seguir jugando.

Fase de pérdida: En esta fase el jugador utiliza el propio juego para recuperar las pérdidas ocasionadas por su propio juego. Esta acción se conoce con el nombre de “caza”. Para continuar jugando le falta más dinero y saltará de pedir dinero a las personas cercanas a su entorno, a solicitar préstamos en los bancos, pedir préstamos a usureros, manejo de tarjetas de crédito, empeño de joyas, etc., que piensa podrán ser devueltos con las ganancias obtenidas en el juego. En esta fase ya no hay un juego social, de entretenimiento y empiezan a aparecer los problemas familiares y laborales que guardan relación con el juego.

Fase de desesperación: Esta fase se caracteriza porque el jugador incrementa su actividad de juego, convirtiéndose éste en su máxima necesidad y preocupación. Asimismo, sigue en aumento la cantidad de tiempo y dinero dedicados al juego, aumentan las deudas, y empieza a haber una gran carga emocional. Muestra nerviosismo e irritabilidad, trastornos de sueño, de alimentación, depresión, ansiedad, etc. El jugador entra en un estado de desesperación, en esta fase pueden aparecer ideas de suicidio e incluso en algunos casos se producen intentos suicida.

Fase de desesperanza o abandono: En esta fase el jugador se plantea que no va a poder dejar de jugar nunca y que siempre va a perder si lo hace. Le parece imposible dejar de jugar porque busca la acción de jugar o la excitación que le produce hacerlo como

un objetivo en sí mismo. El jugador se convence de que es inútil hacer nada para intentar dejar de jugar.

El diagnóstico de juego patológico se realiza principalmente mediante escalas. El patrón de referencia es, por supuesto, el DSM-IV; sin embargo, la escala más ampliamente utilizada para su diagnóstico es el SOGS el cual ha demostrado una alta correlación con el Manual de diagnóstico.

Se han realizado validaciones de la escala, por ejemplo, en Brasil se encontró una alta correlación de confiabilidad entre la escala original y la adaptada por el grupo brasileño. En el caso de la clasificación DSM, se requieren 5 criterios para hacer el diagnóstico. Otras escalas, como la Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling (PG-YBOCS), la Gambling Attitudes Scale (GAS), la Canadian Problem Gambling Index (CPGI), entre otras, son utilizadas para determinar diferentes elementos del juego patológico; sin embargo, la más utilizada y validada en el mundo entero es SOGS. (10).

Es importante tener en cuenta la comorbilidad del juego patológico para definir su tratamiento, por la dificultad que encierra la temática ha hecho difícil establecer esquemas de tratamiento del juego patológico pues las publicaciones acerca del tratamiento son basados en experiencias con una pobre descripción de las características de los pacientes.

Dentro de las terapias estudiadas, se han considerado tratamientos conductuales que incluyen técnicas como la desensibilización imaginada, relajación, control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta; el tratamiento cognitivo, busca la reestructuración cognitiva de los errores, se intenta cambiar las creencias y pensamientos inadecuados, utilizando técnicas como pensar en voz alta lo que uno está haciendo –al tener deseos de jugar y al jugar- a fin de conocer sus propios pensamientos de manera explícita.

La terapia multimodal propuesta por Blaszczynski en 1993 para los ludopatas, en la cual –al considerar

los factores motores, cognitivo y psicofisiológico de las personas- intentan disminuir y tratar los efectos colaterales de los jugadores patológicos, al conceder a esta enfermedad un enfoque integrativo. Los tratamientos farmacológicos han encontrado una buena respuesta para esta adicción, utilizándose estabilizadores del ánimo, antagonistas del receptor opioide μ , inhibidores de la recaptación de serotonina y anti psicóticos típicos y atípicos.

Los grupos de ayuda también se ha visto que muestran efectividad, tales como jugadores Anónimos, quienes siguen el modelo de Alcohólicos Anónimos de los 12 pasos; como así también Gam-Anon, un grupo formado para ayudar a las parejas de los jugadores patológicos.

Se ha logrado establecer que la terapia farmacológica asociada a la no farmacológica produce mejores resultados y que esta última ayuda a que el paciente tenga una mejor adherencia al tratamiento (11).

El objetivo de este estudio fue caracterizar la población que asiste a lugares de juego de azar en Tegucigalpa M.D.C. en diciembre de 2006.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio; descriptivo transversal. La población de estudio fue de 50,000 personas que asistían a lugares con juegos de azar. (Dato proporcionado por la Alcaldía Municipal del Distrito Central). El tamaño de muestra fue de 384 personas, calculándose con fórmula cuando se desconoce la proporción de casos del problema. El método de muestreo utilizado fue estratificado, estructurado en: 40 billares y 8 casinos. La unidad de análisis fue seleccionada aleatoriamente.

Procedimiento; Previo consentimiento informado de las personas que asistían a los lugares de juego, se solicitó permiso a los gerentes de los establecimientos para el levantamiento de datos. Las personas respondieron dos instrumentos de recolección de datos: un cuestionario de carácter

general con preguntas abiertas y cerradas que recogió datos socio demográficos (edad, sexo, raza, estado civil, escolaridad, actividad laboral, ingreso económico y otras); el segundo instrumento utilizado fue el SOGS, se trata de un cuestionario desarrollado por Lesieur y Blume (1987) que consta de 20 ítems puntuales. Su contenido se adapta a los criterios diagnósticos del DSM-III-R, y tiene la ventaja de permitir detección precoz; 16 ítems son cuantificables, y un resultado de 5 o más ítems positivos es indicador de probable jugador patológico. Esta escala permite clasificar en tres grupos a los jugadores: jugador social, jugador con problemas y jugador patológico.

El grupo de investigadores se capacitó para el levantamiento de datos y aclarar dudas en aquellos casos que el entrevistado deseaba llenar los instrumentos.

El análisis de datos se realizó en los programas de Epi-Info 2005, versión 3.3.2 y Microsoft office Excel 2004. El análisis estadístico que se utilizó fue el Test de chi cuadrado para $p \leq 0.05$

RESULTADOS

Los resultados del Leseur SOGS, fueron: Jugador social 143(37%), con problemas 86(22%) y jugador patológico 155(40%).

La edad de la población de estudio predominó en el grupo de 20-29 (184)48% años, también se encontró población mayor de 50 años con 38(10%); el sexo mayoritario fue masculino con 301(78%), el estado civil de los jugadores fue: soltero 221(58%), casado 102(27%). La edad de inicio en el juego en todos los clasificados fue de 15-19 años 204(53%), el motivo de inicio fue por entretenimiento 184(48%) y por influencia de amistades 93(24%); con algún principio religioso, 219(57%) eran católicos y 66(17%) evangélicos, la mayoría de ellos de raza mestiza, encontrándose también de otras razas. La escolaridad de los jugadores era universidad incompleta 109(28%), secundaria completa 93(24%)

y universidad completa (22%). La actividad laboral predominante: estudiantes 113(29%), comerciante 82(21%) con ingreso económico en el rango de Lps.2, 501 a 5,000 Lempiras, siendo el más frecuente.

Día de asistencia y permanencia: Los jugadores tienen algunos días de la semana para asistir a los lugares de juego, el día sábado 152(40%) de mayor frecuencia y en segundo lugar el día viernes 128(33%), existe un grupo de jugadores que asiste cualquier día 26(7%); el tiempo para permanecer jugando varía en horas, de 1-2 horas 212(55%) y 125(33%) de 3-4 horas, en el primer rango de horas de permanencia se encuentran los jugadores sociales con 103(49%) y 57(27%) eran jugadores patológicos; en el segundo rango de horas de permanencia jugando, se encontró el jugador patológico 60(48%).

Los tipos de juego que practican son variados y no solamente un único juego, entre los juegos que atraen son: traga monedas 177(46%), billar 162(42%) y naipes o cartas. Según la clasificación realizada, los jugadores (patológicos, con problemas, sociales) tienen preferencia por las maquinas traga monedas 89(50%).

Los jugadores consumen sustancias adictivas y tienen mas de una adicción, las sustancias consumidas fueron: cigarrillos 245(64%), bebidas alcohólicas 267(70%), marihuana 11(3%) y cocaína 6(2%).

Los jugadores se exponen a perder o ganar de acuerdo al tiempo de estadía y asistencia a los lugares de juego. Se preguntó por la pérdida económica mensual, la cual variaba menos desde Lps.400 a 5,200 Lempiras, es decir, el gasto mensual en Lempiras estaba en las categorías: menos de 400 158(41%), entre 401 a 800 64(17%), 801 a 1,200 57(15%), y entre 1,201 a 5,200 105(27%).

Se encontró que 180(47%) dependen económicamente de sus familiares, entre éstos, se crea lazos de fraternidad, que se demuestra en el tipo de sociedad que organizan internamente en

las salas de juego, del total de jugadores se asocian para jugar 127(33%), este tipo de asociación predomina en el jugador patológico 68(54%).

En este grupo de estudio, los jugadores 66(17%) aceptaron que tienen problema con el juego. Es decir en el grupo clasificado como jugador patológico 55(83%), jugador con problemas 9(14%) y el jugador social 2(3%) aceptaron que tienen problemas con el juego. En relación a la búsqueda de ayuda para el problema del juego 18(5%) lo han hecho; además 26(7%) han tenido problemas de carácter legal debido a su forma de jugar.

Caracterización de las personas que asisten a los lugares de juego de Tegucigalpa M.D.C. Honduras 2006.

| Característica | Indicador | fr | % |
|-------------------------|-------------------|-----|----|
| Edad | 20-29 años | 184 | 48 |
| Masculino | Sexo | 201 | 78 |
| Edad de inicio | 15-19 años | 204 | 53 |
| Soltero | Estado civil | 221 | 58 |
| Religión | Católico | 219 | 57 |
| | Evangélico | 66 | 17 |
| Raza | Mestiza | 325 | 85 |
| Escolaridad | Universidad inic. | 93 | 24 |
| | Secundaria comp. | 109 | 28 |
| Ingreso económico | 2,5001- 5,000 | 107 | 28 |
| Actividad laboral | Comerciante | 82 | 21 |
| | Estudiante | 113 | 29 |
| Tipo de jugador | Social | 143 | 37 |
| | Con problemas | 86 | 22 |
| | Patológico | 155 | 40 |
| Días de asistencia | Viernes | 128 | 33 |
| | Sábado | 152 | 40 |
| Tiempo de permanencia | 1-2 horas | 212 | 55 |
| | 4-5 horas | 125 | 33 |
| Consumo de drogas | Alcohol | 267 | 70 |
| | Cigarrillos | 245 | 64 |
| | Marihuana | 11 | 3 |
| | Cocaína | 6 | 2 |
| Dependencia económica | Sí | 180 | 47 |
| Inversión mensual | < 400 – 800 | 222 | 58 |
| | 801- 5,200 | 162 | 42 |
| Aceptación del problema | Acepta | 66 | 17 |
| | Parar de jugar | 72 | 19 |
| | Búsqueda de ayuda | 18 | 5 |

DISCUSIÓN

La ludopatía es considerada por la OMS y la APA como un trastorno del control de impulsos pues el individuo que padece este trastorno se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar. (4) La ludopatía es un trastorno mental que cada vez está cobrando más interés entre los clínicos (12,13,14).

Estudios de prevalencia del juego patológico han sido llevados a cabo 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% en Maryland y un 1,7% para el de Iowa. En Québec, la tasa de jugadores patológicos es 1,2% y la de jugadores en riesgo 2,6%. (Ladouceur), Becoña (1991) realizó un estudio en Galicia encontrando 1,73% eran jugadores patológicos y 1,60% para jugadores problemas. Legarda y col (1992) realizaron un estudio en la ciudad de Sevilla, sus resultados indicaron que 1,7% eran probables jugadores patológicos y 5,2% jugadores problemas (6). En la investigación realizada en Tegucigalpa se encontraron valores menores para jugadores patológicos (0.31%) coincidiendo con otros estudios realizados en Canadá, Suecia y Noruega (13).

Con respecto a las características demográficas, los estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos y Canadá detectaron que las características de los jugadores patológicos y con problemas resultaron ser varones, menores de 30-35 años, solteros, de raza no blanca, que no habían concluido sus estudios secundarios y desempleados. Volberg y Steadman (1989) no hallaron diferencias entre jugadores patológicos y la población general, respecto a la variable edad, nivel de ingreso y nivel educativo. Por el contrario Ladouceur (1991) halló una mayor proporción de jugadores patológicos con los estudios concluidos. Según mencionado por Lesieur hay alguna evidencia de que los jugadores problema son más comunes entre los

estudiantes de escuela superior y universidad (high school y college) que entre la población adulta (7) los resultados en este estudio coincide con la bibliografía.

Becoña (1991), mostró un perfil que se caracterizaba por una mayor proporción de hombres, con edad comprendida entre 18 a 30 años y con escolaridad baja. Legarda y cols.(1992), mostraron un perfil de jugador patológico: hombre, de una edad comprendida entre 31 y 57 años, casado, con estudios primarios, con trabajo fijo y con ingresos fijos (6,12,16). Los datos del presente estudio en su mayoría, eran hombres, con edades comprendidas entre los 20-29 años, solteros, con secundaria completa, este último dato se debe a que 29% eran estudiantes universitarios, también habían jugadores con trabajo fijo y el ingreso económico estaba comprendido entre Lps.2,501 a 5,000 Lempiras.

De acuerdo al dato por sexo el problema de la ludopatía parece tener género propio. Algunos autores han encontrado que el juego patológico está en proporción de 3:1(10) otros han encontrado 2:1(5), los jugadores de este estudio guardan una relación de 3,6:1.

El estudio de la ludopatía para algunos está incompleta en función del sexo. En general los hombres tienden a jugar más por excitación y para ganar dinero; las mujeres para hacer frente a problemas personales (soledad, depresión, etc). No obstante, cabe subrayar que no hay estudios longitudinales que revelen la evolución del problema para mirar más en detalle tal diferencia de sexo.

Algunos autores plantean que la ludopatía es una enfermedad de comienzo en la adolescencia o en adultos jóvenes (12,17), en Estados Unidos la edad de inicio estimada para los hombres es de 11-18 años. Algunos individuos desarrollan el trastorno prácticamente desde sus primeras apuestas, mientras que en otros puede haber un periodo de

varios años de juego social. La mayoría de estudios muestran que esta enfermedad se inicia en la adolescencia siendo los resultados de Tegucigalpa similares.

Dada las semejanzas entre el juego patológico y la dependencia química, no es sorprendente que los investigadores hayan notado la ocurrencia paralela entre el juego patológico y trastornos adictivos (Lesieur). En los menores de 18 años se ha encontrado que los jugadores patológicos consumen sustancias adictivas (14,3% de los jugadores patológicos consumían tabaco y/o alcohol) (8, 9, 10,12). En Estados Unidos entre un 25% y un 63% los jugadores patológicos han presentado algún trastorno con el uso de drogas. Como sustancias de abuso más frecuente se encuentran el alcohol y la nicotina (10). Otros investigadores consideran factor de riesgo y se demuestra que es muy habitual el consumo de drogas y alcohol (6,16,). La prevalencia de uso de sustancias entre ludópatas, considerando tanto la población general como muestras clínicas varía desde 5 hasta 66,4% y aparece en otros estudios el alcohol y abuso de otras drogas como cannabis cocaína y benzodiazepinas (12). En este estudio el hallazgo de uso de drogas coincide con los estudios realizados.

Según Muñoz, las apuestas más apetecidas por los jugadores son el loto, la lotería y las instantáneas, pero éstos no son juegos tan asociados con la ludopatía. Los juego de alta frecuencia (máquinas tragamonedas) y los de habilidad (juegos de cartas) son los que se mencionan a menudo como la preferencia de los jugadores patológicos (13).

Otro estudio sobre la preferencia de juego refiere que el más frecuente resulta ser el vídeo-pocker (21,6%), seguido de las cartas (17,3%) y otros juegos. Los resultados de este estudio coinciden con las preferencias de ludópatas de otros países; por supuesto que las maquinas tragamonedas son las que mas fácilmente generan adicción, han sido diseñadas para maximizar la probabilidad

de la respuesta de juego. Otros autores como Blaszczynsky han propuesto que la preferencia por determinados juegos por parte de los ludópatas puede estar relacionada con necesidades emocionales insatisfechas (12).

Ellen Langer mencionada por Ladouceur, 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 el azar (9), en países como España estas máquinas tragamonedas son el principal problema (16).

El juego patológico se retroalimenta siguiendo un mecanismo específico y característico: el autoengaño. Un ludópata juega convencido de que hace lo correcto, que al final él podrá resolver los problemas en los que se encuentra. La persona con problemas de juego patológico, se caracteriza por no reconocer su adicción, en el estudio se encontró que un porcentaje bajo reconoce que tiene problemas con su manera de jugar (6,21).

De acuerdo a un estudio de Metanálisis realizado por Muños plantea que es notoria la ausencia de estudios de prevalencia sobre el juego patológico en muchos países, sobre todo en Europa, Asia, África y Latinoamérica.

El juego patológico constituye una problemática que merece la atención desde la óptica de la salud pública y los estudios de prevalencia reflejan el consenso sobre el problema desde dicha perspectiva. La ausencia de estudios al respecto particularmente en la región Latinoamericana, constituye un reto y una oportunidad para estudiar esta enfermedad (13).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación Marbella Solidaria. Tratamiento y Servicios. Programa de Ludopatía. [En línea].

2002. [Consultado el 22 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.marbellasolidaria.org/programas-de-tratamiento/programa-de-ludopatia.ph>

2. Sánchez Hervás ES. Juego patológico: un trastorno emergente. *Trastornos Adictivos* 2003; 5(2): 75-87.
3. Ibañes AG. Juego patológico. En : IV Encuentro Nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario. Cadiz 23-25 abril 1997.[En línea]. 2005 [Consultado el 29 de noviembre de 2009] Disponible en: http://www.fad.es/sala_lectura/chiclana4.pdf
4. Rivera G.L. Psicología: Ludopatía [En línea]. 2005 [Consultado el 23 de noviembre de 2009] Disponible en: <http://www.prensa.com/actualidad/psicologia/2005/11/02/index.htm>
5. Arbinaga, F. Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *ADICCIONES*, 2000; 12(4):493-505.
6. Álvarez D. Ma. A. Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología* 2009; 27(1): 3-20.
7. Fernández Rodríguez M, Rodríguez García L, Blanco Melón P. Perfil de los ludópatas atendidos en el centro de orientación familiar de León desde 1991 hasta 2004. *Humanismo y Trabajo Social*. 2006; 5:231-248.
8. Lesieur RH. Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores en los Estados Unidos. *Psicología Conductual*, 1993; 1(3):389-407.
9. Ladouceur R. Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y dinero. *Psicología Conductual*, 1993; 1(3):361-374
10. Bahamón MV. Juego patológico: revisión de tema. *Rev.colomb.psiquiatr.* 2006; 35(3): 380-399.
11. Goffard JP. Juego patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía. *Psicología.com*. 2008; 12(2)

12. Kruedelbach N, Walker IH, Chapman A H, Haro G, Mateu C, Leal C. Comorbilidad de trastornos con pérdida del control de impulsos: ludopatía, adicciones y trastornos de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (2):76-82.
13. Muñoz MY. Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Rev. Salud Pública*. 2008;10(1):150-159
14. Ramos Brieva J. Ludopatía: el otro lado del juego. *Índice. Rev. Estadística y Salud*. 2006; (19):9-11.
15. Estévez A, Calvete E. Esquema cognitivo en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 2007; 18(1):23-43.
16. Cuadrado IA, Ruiz S.J., Epidemiología de la ludopatía (juego Patológico). *INTERPSIQUIS*. 2001; (2)
17. Turón V, Crespo MJ. Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Anuario de Psicología*. 1999; 30(4): 137-146.
18. Cuadrado IA, Ruiz SJ. Tratamiento de la ludopatía. *INTERPSIQUIS*. 2001;(2)
19. Echeburúa E, Amor PJ, Yuste J. Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: Bases Psicopatológicas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2000; 1(0):59-76.
20. Viloria C. Las Ludopatías el juego patológico y otras adicciones. *Ludopatía .Info*. [Sitio web]. [Consultado el 23 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/M-13641/index.htm>
21. Sandoval JM, Richard M. Casinos: efectos sociales negativos y ludopatía. [En línea]. 2000 [Consultado el 22 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publical/inveyanal/polisoc/pdf/DPS-ISS-05-04.pdf>