© International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1697-2600
2005, Vol. 5, Nº 1, pp.7-22

Cambio en las distorsiones cognitivas de jugadores patológicos tras el tratamiento: comparación con un grupo control

Francisco Javier Labrador[1] y Vanessa Mañoso
(Universidad Complutense de Madrid, España)

(Recibido 26 de enero 2004/ Received January 26, 2004)
(Aceptado 12 de marzo 2004 / Accepted March 12, 2004)

RESUMEN. En este estudio cuasi-experimental se analizan los cambios en las distorsiones cognitivas de 80 jugadores patológicos tras un tratamiento psicológico. Empleando el método de "pensar en voz alta" mientras juegan se constata una reducción significativa en las distorsiones Predicciones, Azar como proceso autocorrectivo y Fijación en las frecuencias absolutas. Posteriormente se estudia si las verbalizaciones de los jugadores, tras el tratamiento, cambian hasta igualarse con las de un grupo control de 80 sujetos no jugadores, en la misma situación. Tras el tratamiento, los jugadores, como grupo, presentan menor número de distorsiones cognitivas en las categorías Ilusión de control, Creencia en la suerte y Fijación en las frecuencias absolutas, distorsiones que en consecuencia se consideran poco importantes en el mantenimiento del juego. Por otro lado, se han eliminado las diferencias previas existentes en las categorías Predicciones, Azar como proceso autocorrectivo y Personificación de la máquina, distorsiones que se perfilan como las más importantes para el mantenimiento del juego.

PALABRAS CLAVE. Juego patológico. Distorsiones cognitivas. Máquinas recreativas. Cuasi-experimento.

ABSTRACT. The verbalizations of 80 pathological gamblers (DSM-IV), in a slot-machine gambling situation, after a psychological treatment, were analyzed with the

[1] Correspondencia: Departamento de Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas, s/n. 28223 Madrid (España). E-mail: flabrado@psi.ucm.es

"thinking aloud method" in a cuasi-experimental study. There is a significative reduction at the post-treatment in three cognitive distortions types: Referring predictions, Considering chance as a self-corrective process and Absolute frequencies. After that, the pathological gamblers verbalizations at the post-treatment are compared with the verbalizations of 80 non gamblers. Non-gamblers show higher percentages of Illusion of control, Belief in luck and Attention to absolute frequencies. So, these cognitive distortions are considered as no very important in the maintenance of pathological gambling behaviour. After the treatment, the pre-treatment differences in Referring predictions, Considering chance as a self-corrective process and Personification of the gambling machine, between pathological gamblers and non gambles, are disappeared. So, these cognitive distortions are considered the most important in the maintenance of pathological gambling behaviour.

KEY WORDS. Pathological gambling. Cognitive distortions. Slot-machine. Cuasi-experiment.

RESUMO. Neste estudo quase experimental analisam-se mudanças nas distorções cognitivas de 80 jogadores patológicos (DSM-IV) depois de um tratamento psicológico. Empregando o método de "pensar em voz alta" enquanto jogam constata-se uma redução significativa das distorções cognitivas do tipo: Predições, Azar como processo auto-correctivo e Fixação nas frequências absolutas. Posteriormente estuda-se se as verbalizações dos jogadores, depois do tratamento, mudam no sentido de se igualarem com as de um grupo controlo de 80 sujeitos não jogadores na mesma situação. Depois do tratamento, os jogadores, enquanto grupo, apresentam menor número de distorções cognitivas nas categorias Ilusão de controlo, Crença na sorte e Fixação nas frequências absolutas, distorções que em consequência se consideram pouco importantes na manutenção do jogo. Por outro lado, eliminaram-se as diferenças prévias existentes nas categorias Predições, Azar como processo auto-correctivo e Personificação da máquina, distorções que se perfilam como as mais importantes para a manutenção do jogo.

PALAVRAS CHAVE. Jogo patológico. Distorções cognitivas. Máquinas recreativas. Quase-experimental

Introducción

El problema del juego patológico, como otros problemas psicopatológicos, desafía la idea de que el comportamiento humano sea "lógico". Es difícil entender por qué juega un jugador patológico a pesar de los reiterados problemas económicos, laborales, familiares, etc. que le acarrea la persistencia en este tipo de actividad. Las explicaciones iniciales que aludían a una personalidad especial o a deficiencias orgánicas se han mostrado poco útiles, dándose especial relevancia en la actualidad a explicaciones más específicas de corte cognitivo. El jugador patológico juega porque tiene pensamientos erróneos o irracionales en relación con la situación de juego y la posibilidad de influir

en sus resultados. Sólo si existen estos errores o sesgos cognitivos, es posible explicar que los jugadores patológicos se impliquen de forma excesiva en esta actividad, pues la realidad es que los juegos de azar, por definición, no son controlables ni predecibles. Esta explicación se apoya en la constatación reiterada de que al enfrentarse a situaciones complejas (excesiva información) las personas suelen recurrir a "sesgos" que reducen o filtran la información, permitiéndoles controlarla y llegar a predicciones más fácilmente, aunque al basarse en información sesgada estas predicciones en ocasiones son incorrectas. Los juegos de azar, como tarea probabilística, son un ejemplo de situación compleja, en la que se "sesga" la información para simplificarla, pudiendo llegarse a consideraciones erróneas. Obviamente el "sesgo" o tipo de sesgos más relevantes en el caso del juego patológico debería ser el creer que se puede controlar o al menos predecir los resultados, pues sólo de esa forma tiene sentido jugar con el objetivo de ganar. Es probable, no obstante, la presencia de otros "sesgos".

La presencia de estos "sesgos" o "distorsiones cognitivas" en los jugadores patológicos (jugadores) se ha confirmado a través de dos tipos de procedimientos: a) observación de las verbalizaciones de los jugadores durante el juego ("método de pensar en voz alta") (Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert, 1994; Fernández-Alba, Labrador, Rubio, Ruiz, Fernández y García, 2000; Gaboury y Ladouceur, 1989; Griffiths, 1994; Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1994; Sylvain y Ladouceur, 1992; Walker, 1992) y b) autoinformes retrospectivos (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Dragonetti y Tsanos, 1997). Muchos investigadores consideran que estos resultados demuestran que la presencia de estas distorsiones cognitivas es un factor central en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico, incluso son la clave para diferenciar a las personas que tienen problemas con el juego de aquellas que no. Pero también se ha constatado la presencia de estos sesgos cognitivos o pensamientos irracionales en personas que o bien nunca juegan o no han perdido el control sobre la conducta de juego (no-jugadores), utilizando los dos tipos de procedimientos:

– Método de pensar en voz alta (Fernández-Alba, Ruiz y Labrador, 2005; Gaboury y Ladouceur, 1989; Griffiths, 1994).
– Autoinformes (Fernández-Montalvo *et al.*, 1996; Toneatto *et al.*, 1997).

Así pues, si tanto jugadores como no jugadores presentan distorsiones cognitivas en relación al juego, la presencia de éstas, por sí solas, no parece constituir un factor suficiente para explicar por qué algunas personas juegan en exceso (Hardoon, Baboushkin, Derevensky y Gupta, 2001). No obstante, es posible que las distorsiones cognitivas tengan un papel relevante en este problema, pero sea necesario un análisis más minucioso. Aunque en ambos grupos, jugadores y no-jugadores, aparezcan distorsiones cognitivas respecto al juego, es posible que: a) la intensidad o frecuencia de estas distorsiones sea diferente; y b) el tipo específico de distorsiones que presenten jugadores y no jugadores sea distinto. Con respecto a la primera posibilidad, algunos estudios han encontrado diferencias significativas en la frecuencia de distorsiones cognitivas referidas al azar, tanto por el hecho de que los jugadores presentan una mayor frecuencia de éstas, como por aumentar la frecuencia de éstas en función del grado de implicación en el juego (Coulombe, Ladouceur, Desharnais y Jobin, 1992; Fernández-Alba

et al., 2005; Fernández-Montalvo *et al.*, 1996; Gaboury, Ladouceur, Beauvais, Marchand y Martineau, 1988; Griffiths, 1994; Toneatto *et al.*, 1997). La segunda posibilidad, que sea distinto el tipo de distorsiones cognitivas o sesgos predominantes en unos y otros, ha sido menos explorada, aunque no por ello menos interesante. En esta dirección se ha enfocado el presente trabajo.

En el ámbito del juego, dentro del término pensamiento irracional se han englobado distorsiones o errores cognitivos muy diferentes, desde la creencia en la suerte o la ilusión de control, hasta el pensamiento supersticioso o la personificación de la máquina. Cada uno de estos errores cognitivos puede representar un grado diferente de irracionalidad y, en consecuencia, ser más o menos relevante de cara al desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego. Es posible, por tanto, que las diferencias en las distorsiones cognitivas presentes en jugadores y no jugadores patológicos sean también de índole cualitativa. Esto permitiría explicar el hecho de que personas con distorsiones cognitivas, incluso en porcentajes elevados, no pierdan el control sobre la conducta de juego debido a la ausencia o menor presencia de algún tipo concreto de distorsión cognitiva.

Hasta ahora, la mayoría de los estudios sólo ha evaluado la proporción de pensamientos irracionales, considerados de forma global, presentes en las personas cuando juegan, o se ha centrado en el estudio de un solo sesgo, en la mayoría de las ocasiones la ilusión de control. Parece importante, en consecuencia, analizar la presencia y proporción de cada uno de los diferentes tipos de sesgos específicos. En un trabajo anterior, Griffiths (1994), ya trató de analizar los diferentes tipos de distorsiones utilizando el procedimiento de "pensar en voz alta"; sin embargo, debido al método de categorización empleado, las distorsiones cognitivas que se analizaron fueron fundamentalmente las referidas a personificación de la máquina, a la influencia de la habilidad en el juego o a la explicación de las pérdidas, quedando sin considerar muchos otros sesgos cognitivos. Fernández-Montalvo *et al*. (1996), utilizando procedimientos de autoinforme aplicados cuando la persona no está jugando, también encontró ciertas diferencias. No obstante, estos trabajos presentan ciertas limitaciones: reducido número de categorías utilizadas y que los pensamientos no se evalúan en la situación de juego.

En un trabajo reciente, Mañoso, Labrador y Fernández-Alba (2004), se analizaron los tipos de sesgos cognitivos, agrupados en ocho categorías, presentes en las verbalizaciones de jugadores patológicos y no jugadores, mientras jugaban a una máquina recreativa con premio. Los resultados ponían de manifiesto diferencias significativas en el tipo de verbalizaciones o distorsiones cognitivas presentadas por ambos grupos. El grupo de jugadores emite más verbalizaciones relacionadas con distorsiones cognitivas del tipo predicciones, considerar el azar como un proceso autocorrectivo y personificaciones de la máquina. Por el contrario el grupo de no jugadores emite más verbalizaciones relacionadas con distorsiones del tipo ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en frecuencias absolutas. Otras distorsiones, como la creencia de perder por poco o la presencia de supersticiones, aparecen con una frecuencia similar en ambos grupos. A partir de estos resultados se concluía que las distorsiones que deberían ser relevantes en el desarrollo de la conducta de juego patológico serían específicamente aquellas que aparecen con mayor frecuencia en los jugadores patológi-

cos comparados con los no jugadores: predicciones, considerar el azar como un proceso autocorrectivo y personificaciones de la máquina. Las distorsiones en las que no aparecen diferencias o incluso son más frecuentes entre los no jugadores no deben ser relevantes al desarrollo del juego. Resumiendo los resultados se concluía que probablemente lo que diferencia a los jugadores sería la creencia en que pueden predecir los resultados; por su experiencia han constatado que no pueden controlar el juego, es el azar el que determina los resultados. Pero aunque no puedan controlarlo, creer tener una habilidad especial para saber como va a actuar el azar en la siguiente jugada. Por tanto, jugar está justificado, no pueden perder (Mañoso *et al.,* 2004).

Una forma de contrastar la importancia de los diferentes tipos de distorsiones cognitivas es identificar su presencia diferencial entre jugadores y no-jugadores; otra, analizar si este tipo de distorsiones siguen apareciendo de forma diferenciada en jugadores y no-jugadores, tras el tratamiento. Si las diferencias en estas distorsiones, entre jugadores y no jugadores, han desaparecido tras el tratamiento, será un dato más a favor de que su valor es decisivo para el desarrollo y/o mantenimiento de la conducta de juego patológico.

El presente estudio cuasi-experimental (Montero y León, 2005) se dirige a analizar si, tras un tratamiento dirigido a la abstinencia del juego, los jugadores patológicos modifican el tipo de distorsiones cognitivas referidas al juego (análisis de diferencias entre distorsiones cognitivas en el pre y el post). También, si tras el tratamiento siguen apareciendo diferencias en el tipo de distorsiones cognitivas entre jugadores y no-jugadores. Las implicaciones de este estudio, tanto de cara a la evaluación como al tratamiento son importantes, ya que si existe un tipo de distorsión cognitiva más directamente implicada en el mantenimiento de la conducta de juego problemático, la evaluación se vería facilitada, pudiendo ser más precisa y específica. Además, ayudaría a identificar factores de riesgo, objetivos de intervención e incluso factores predictores de éxito o fracaso del tratamiento, contribuyendo a que la intervención se centre en la corrección de las distorsiones más directamente implicadas con el éxito terapéutico o la prevención de recaídas.

En la redacción de este artículo se ha seguido la propuesta de Ramos- Alvarez y Catena (2004).

Método

Participantes

La muestra está constituida por 160 participantes varones, divididos en dos grupos.

– Grupo clínico de jugadores patológicos. Compuesto por 80 varones que demandan asistencia psicológica por un problema de juego. Todos cumplen los criterios DSM-IV de juego patológico, siendo su actividad principal las máquinas recreativas con premio. La media de edad es de 29,26 años (DT = 11,20; rango 16-72). El 85,1% pertenece a un nivel socioeconómico subjetivo medio-bajo. El nivel de estudios predominante es el secundario (43,8%) y primario completo (36,3%). A nivel laboral el 36,3% pertenece al sector servicios (camareros,

taxistas y transportistas), el 20% son estudiantes y el 15% están desempleados. La muestra de jugadores patológicos forma parte de una investigación previa, cuyo objetivo se centraba en establecer la eficacia diferencial de distintos programas de tratamiento del juego patológico (Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002).

– Grupo control. Compuesto por 80 varones con una actividad de juego nula o muy baja. En el 47,5% de los casos no existe gasto semanal en juegos de azar, en el 38,8% la inversión es inferior a 6 euros a la semana y sólo en el 13,8% de los casos los participantes gastan entre 6 y 18 euros semanales en este tipo de juegos. La media de edad es de 28 años (DT= 10,44; rango 18-65). El 81% pertenece a un nivel socioeconómico subjetivo medio-bajo. El 53,8% de la muestra posee estudios secundarios. Laboralmente, el 22,5% pertenece al sector servicios y el 41,3% de la muestra son estudiantes.

Instrumentos

Para realizar las sesiones de juego se empleó una máquina recreativa tipo B, modelo «El dado de Oro» (Recreativos Franco, S.A.). En la aplicación del método observacional de pensar en voz alta se empleó un micrófono de solapa colocado en el sujeto y conectado a una grabadora de audio con objeto de grabar las verbalizaciones emitidas por los sujetos durante el juego.

– Grupo clínico de jugadores patológicos. El protocolo de evaluación recoge información sobre cuatro áreas. Los instrumentos utilizados para cada una de ellas son: 1) Ficha de datos personales para la obtención de los datos sociodemográficos; 2) Entrevista estructurada de diagnóstico DSM-IV de juego patológico (Fernández-Alba, 1999) y Entrevista estructurada de diagnóstico DSM-IV de trastornos del estado de ánimo (Zimmerman, 1994, traducida por Fernández-Alba, 1999); 3) Cuestionario de alcoholismo CAGE (Hayfield, McLeod y Hall, 1974; adaptación de Echeburúa, 1994) y preguntas abiertas sobre el consumo de sustancias adictivas para la detección de un posible problema de alcohol y obtener información sobre el consumo pasado y presente de sustancias adictivas; y 4) Entrevista semiestructurada y Cuestionario de Variables Dependientes del Juego (Echeburúa y Báez, 1991; citado en Echeburúa, 1994), para los datos referidos a la conducta de juego.
– Grupo control. El protocolo de evaluación comparte las tres primeras secciones del protocolo de la muestra clínica, a excepción de la entrevista estructurada de diagnóstico de juego patológico, y en su lugar se aplica el *South Oaks Gambling Screen (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987; validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) como test de detección (*screening*) del juego patológico. En caso de superar el punto de corte establecido por el SOGS de «probable jugador patológico», se administra la entrevista estructurada de diagnóstico DSM-IV de juego patológico.

Diseño

Para el análisis del cambio en los jugadores tras el tratamiento se empleó un diseño intragrupo de medidas repetidas. La variable independiente (tiempo de medida)

con los valores: $a_{1.}$ Pretratamiento y $a_{2.}$ Postratamiento. La variable dependiente (distorsiones cognitivas referidas al azar) se define operativamente como el porcentaje de verbalizaciones de cada una de las categorías de pensamientos irracionales propuestas (véase la Tabla 1) respecto del total de verbalizaciones irracionales emitidas durante la sesión de juego.

TABLA 1. Categorías de distorsiones cognitivas referidas al azar empleadas en la clasificación de las verbalizaciones irracionales.

TIPO DE DISTORSIÓN	DESCRIPCIÓN
Ilusión de control	Creencia en que los resultados del juego dependen más de la propia actividad que del azar. Por ejemplo, tengo un sistema para ganar.
Suerte como responsable de los resultados	Referencia a la suerte personal como un factor predictivo o explicativo de los resultados del juego. Por ejemplo, tengo una suerte especial.
Predicciones	Predicciones particulares sobre los futuros resultados atendiendo a las jugadas anteriores o a una sensación o intuición. Por ejemplo, ahora va a salir porque cuando salen muchos plátanos...
Azar como proceso autocorrectivo	Creencia en que la probabilidad de un evento futuro aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario. Por ejemplo, la máquina está caliente... Tiene que estar a punto porque lleva mucho sin salir.
Perder por poco	El jugador cree que "ha estado cerca" del premio y como consecuencia que hay más probabilidades de que salga próximamente. Por ejemplo, dos naranjas, por poco, me estoy acercando...
Supersticiones	Asociaciones accidentales entre un determinado evento o conducta y un premio, de tal forma que el jugador llega a creer que dicho evento aumenta la probabilidad de ganar. Por ejemplo, echo las monedas de veinte en veinte porque creo que así tengo más posibilidades...
Fijación en las frecuencias absolutas	Se mide el éxito en el juego considerando sólo cuánto se gana sin tener en cuenta lo que se ha perdido. Por ejemplo, ya llevo ganadas quinientas...
Personificación de la máquina	Atribución de cualidades humanas a la máquina, como por ejemplo intenciones. Por ejemplo, me estás engañando... A ver si se confunde y me da un premio.

Con el objetivo de comparar las verbalizaciones postratamiento de los jugadores con el grupo control se empleó un diseño cuasi-experimental de dos grupos no relacionados (Montero y León, 2005). La variable independiente (selección) fue asignación de los sujetos a los grupos; es una variable de selección o asignación cualitativa que toma dos valores: a) sujetos que cumplen los criterios DSM-IV de diagnóstico de juego

patológico que completan el tratamiento y b) sujetos sin problemas de juego, grupo control. La variable dependiente fue la misma que en el caso anterior.

Procedimiento

- Selección de participantes. La muestra de jugadores patológicos se constituyó con los varones que formaron parte del programa de tratamiento desarrollado en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid durante los años 1996-1999 (Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002). Estos sujetos fueron remitidos a través de diversas fuentes de la Comunidad de Madrid, como grupos de auto-ayuda, centros de salud o diversos servicios sociales. Para la captación de los participantes que formaron la muestra de sujetos sin problemas de juego se recurrió a la difusión de anuncios sobre la investigación y a la técnica de "bola de nieve". A cada muestra se le aplicó el protocolo de evaluación correspondiente, atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión siguientes. En el grupo clínico de jugadores patológicos los criterios de inclusión fueron cumplir los criterios diagnósticos DSM-IV de juego patológico, la actividad de juego principal debe ser las máquinas recreativas con premio, y los de exclusión, la coexistencia de un problema de alcohol, analfabetos o disminuidos psíquicos, motivaciones contrarias a la abstinencia al juego u otras intenciones claras que no sean la de dejar de jugar y seguir algún otro tipo de tratamiento del juego patológico en el momento de estudio. En el grupo control los criterios de inclusión fueron no cumplir los criterios DSM-IV de juego patológico y los de exclusión: gasto semanal en juegos de azar superior a 3.000 pesetas (18,03 euros), coexistencia de un problema de alcohol, analfabetos o disminuidos psíquicos y haber recibido con anterioridad tratamiento psicológico por problemas de juego.
- Evaluación de las distorsiones cognitivas con el «método de pensar en voz alta». Ambos grupos, jugadores y no-jugadores se sometieron a dos sesiones de evaluaciones de sus verbalizaciones mientras jugaban a la máquina recreativa. Tras esta primera evaluación (pretratamiento para los jugadores y única para los no-jugadores), el grupo de jugadores patológicos se sometió a una intervención terapéutica dirigida a conseguir la abstinencia al juego. Finalizado el tratamiento se llevó a cabo la evaluación postratamiento, idéntica a la pretratamiento. Ambas evaluaciones se desarrollaron en dos cabinas *Faraday* conectadas por un espejo unidireccional; en una de ellas el sujeto jugaba completamente solo, mientras era observado por el experimentador que se encontraba en la otra. El proceso de evaluación se desarrolló en tres fases:
  - Fase 1ª. Entrenamiento en el método de pensar en voz alta. Para que el sujeto emitiera el mayor número posible de verbalizaciones y se familiarizase e implicara en el juego, se le permitía jugar durante 15-20 minutos, previos al comienzo de la primera sesión de juego, sin la presencia del experimentador (que seguía a través del espejo unidireccional el desarrollo y ejecución de la tarea), tras darle las instrucciones siguientes (Gaboury y Ladouceur, 1989): 1) Di todo aquello que pase por tu mente. No censures intenciones, ideas o

imágenes. No trates de juzgar lo que es interesante o no. 2) Habla tan continuadamente como sea posible, incluso si tus ideas no están bien estructuradas o son repetitivas. 3) Habla alto y claro. 4) Puedes hablar en un estilo telegráfico, no te preocupes por completar las frases. 5) No trates de justificarte a ti mismo.

- Fase 2ª. Sesiones de juego. Se realizaron dos sesiones de juego consecutivas con un período de descanso entre ambas de 10 minutos. La decisión de realizar dos sesiones de juego se basa en la posibilidad de que haber estado jugando previamente favorezca en la segunda sesión una mayor implicación en el juego que pueda afectar a los pensamientos sobre el azar. En cada sesión se proporcionaba al jugador 100 fichas (1 ficha = 25 pesetas –0,15 euros-, total 2500 pesetas -15 euros-) para que jugara. Una vez invertidas las cien fichas el sujeto, si había obtenido algún premio, podía bien continuar jugando con las fichas ganadas, bien poner fin a la sesión y canjear las fichas obtenidas por el dinero correspondiente. Se grababan las verbalizaciones de los sujetos emitidas mientras jugaban, en el laboratorio, en la máquina recreativa indicada. El tiempo medio de juego por sesión fue de 20 minutos (rango 12-45 minutos).
- Fase 3ª. Análisis de las verbalizaciones. Estudios previos (Fernández-Alba *et al.*, 2000; Fernández-Alba *et al.*, 2005) ponen de manifiesto la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de frases irracionales emitidas en las distintas sesiones de juego. Por este motivo, para el presente estudio se analizaron exclusivamente las distorsiones cognitivas emitidas durante la segunda sesión, dado que de este modo los no-jugadores tienen la oportunidad de aprender las reglas del juego y superar la desorientación de los primeros momentos. A partir de los estudios previos sobre distorsiones cognitivas en los juegos de azar se establecieron ocho categorías de errores cognitivos fundamentales: a) ilusión de control, b) suerte como responsable de los resultados, c) predicciones, d) azar como proceso autocorrectivo, e) perder por poco, f) supersticiones, g) fijación en las frecuencias absolutas y h) personificación de la máquina. Seis jueces entrenados e independientes realizaron la tarea de clasificación que consistía en localizar en el discurso del participante cada una de las verbalizaciones irracionales que emitía y adscribirla a una de las ocho categorías establecidas. De esta manera se analizan las verbalizaciones de la evaluación de los no jugadores y se comparan con la evaluación postratamiento del grupo de jugadores.

Resultados

Porcentaje de acuerdo interjueces

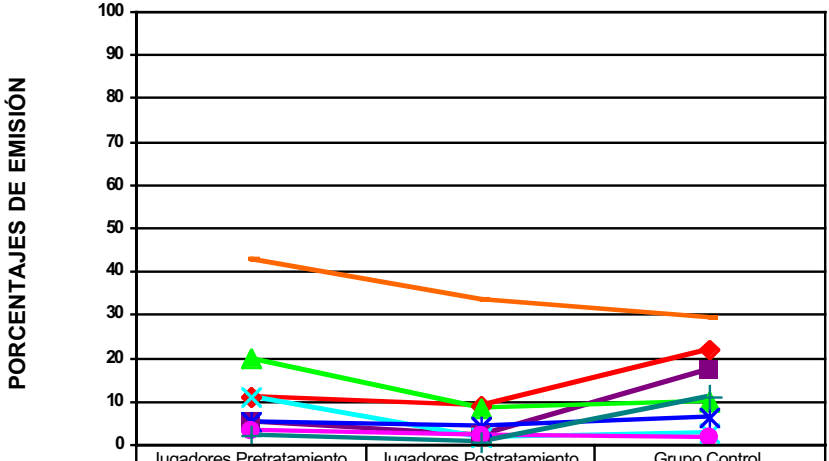
Para calcular el porcentaje de acuerdo interjueces se utilizó el procedimiento empleado por Walker (1992). La grabación de un sujeto, elegida al azar, es dividida por el experimentador en frases que son codificadas independientemente por los seis jueces. En cada frase, la categoría dominante se establece como la categoría correcta (si no

existe una categoría dominante, ésta se determina tras la discusión entre los jueces). La fiabilidad de un juez es el porcentaje de juicios que coinciden con la categoría dominante. La fiabilidad interjueces es la media de los porcentajes de fiabilidad de cada juez. Calculado de esta manera el acuerdo interjueces de este estudio alcanza el 89,08%.

Análisis de las diferencias en los tipos de verbalizaciones

El porcentaje de las diferentes categorías de frases se ha transformado en arcosenos para su tratamiento estadístico de comparación de grupos. Los porcentajes medios (y desviaciones típicas) de emisión de cada uno de los 8 tipos de distorsiones cognitivas analizadas pueden observarse en la Figura 1.

FIGURA 1. Porcentaje medio de verbalización de cada uno de los 8 tipos de distorsiones evaluados.



	Jugadores Pretratamiento	Jugadores Postratamiento	Grupo Control
Ilusión de control	10,69	8,69	22,07
Creencia en la suerte	5,37	1,93	17,21
Predicciones	20,05	8,32	9,95
Azar autocorrectivo	10,95	1,55	2,53
Perder por poco	5,13	4,26	6,45
Supersticiones	3,12	2,25	1,57
Frecuencias absolutas	1,94	0,3	11,03
Personificación máquina	42,73	33,41	29,18

Diferencias pre-postratamiento en el grupo de jugadores patológicos

La prueba t para muestras relacionadas muestra diferencias significativas del pre al postratamiento en las categorías predicciones, azar como proceso autocorrectivo y fijación en las frecuencias absolutas en la dirección adecuada (reducción) (véase la Tabla 2).

Diferencias entre jugadores patológicos tras el tratamiento y el grupo control

La prueba t para muestras independientes indica diferencias significativas entre el grupo de jugadores tras el tratamiento y el grupo control en las categorías ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en las frecuencias absolutas a favor del grupo control (véase la Tabla 2).

TABLA 2. Diferencias pre-post en el grupo de jugadores. Diferencias entre grupo control y grupo de jugadores postratamiento.

	$t_{(gl)}$	
	Jugadores Pre-Post	*Control- Jugadores Post*
Ilusión de control	t_{55} = -0,251	t_{132}= 2,459*
Suerte como responsable de los resultados	t_{55} = 1,770	t_{83}= 4,759**
Predicciones	t_{55} = 2,332*	t_{132}= 0,204
Azar como proceso autocorrectivo	t_{55} = 4,219**	t_{132}= 0,753
Perder por poco	t_{55} = -0,128	t_{132}= 0,432
Supersticiones	t_{55} = 0,754	t_{132}= -0,606
Fijación en las frecuencias absolutas	t_{55} = 2,105*	t_{78} = 3,617**
Personificación de la máquina	t_{55} = 0,086	t_{80}= -1,397

* $p < 0,05$
** $p < 0,0001$

Discusión

La conducta de juego se desarrolla y/o se mantiene porque el jugador patológico tiene sesgos o distorsiones cognitivas que le llevan a jugar pensando que puede ganar. Este es el punto de partida actual a la hora de explicar el por qué se implica en el juego una persona a pesar de las consecuencias tan negativas que esta conducta tiene para ella. Pero al considerar de forma general las distorsiones cognitivas referidas al juego se constata que éstas aparecen tanto en jugadores como en no jugadores. Parece necesario, por tanto, un análisis más preciso y específico de las distorsiones cognitivas respecto al juego que el análisis de su mera presencia o ausencia en general. Es posible que, aunque en ambos grupos, jugadores y no-jugadores, aparezcan distorsiones cognitivas

con respecto al juego, haya diferencias, bien en la frecuencia de éstas, bien en el tipo específico de distorsiones que aparecen en unos y otros. Ya se ha puesto de relieve en trabajos anteriores la mayor frecuencia de distorsiones cognitivas (tomadas en general) en los jugadores (Fernández-Alba *et al.*, 2005; Fernández-Montalvo *et al.*, 1996; Griffiths, 1994). Sin embargo parece difícil establecer cual es el porcentaje de distorsiones aceptable y cual el patológico (30% frente a 8% en el número total de frases irracionales o 97% frente a 87% en frases sobre estrategias para jugar, en el trabajo de Fernández-Alba *et al.*, 2005), que diferenciaría a las personas que controlan su conducta de juego y aquellas que no. En este sentido, resulta interesante analizar si todos los tipos de distorsiones tienen la misma importancia o frecuencia de cara al desarrollo y/o mantenimiento del juego.

En un trabajo anterior (Mañoso *et al.*, 2004), se constataba la existencia de diferencias entre estos dos grupos, jugadores y no-jugadores, en lo que se refiere al tipo de distorsiones cognitivas con respecto al juego. Curiosamente se ponía de relieve que no todos los sesgos aparecían con mayor frecuencia en los jugadores patológicos. Algunos tipos de distorsiones aparecían con frecuencias similares en jugadores y no-jugadores: supersticiones y perder por poco e, incluso, otros tipos de distorsiones aparecían con mayor frecuencia en los no-jugadores: ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en frecuencias absolutas. Por tanto, si estas distorsiones aparecen con la misma o menor frecuencia en los jugadores que en los no-jugadores se consideraba que debían ser poco relevantes en el desarrollo y/o mantenimiento del juego. Por esa misma razón se consideraban como especialmente relevantes las distorsiones en las que los jugadores presentaban una mayor frecuencia que los no jugadores: la realización de predicciones, la consideración del azar como un proceso autocorrectivo y las personificaciones de la máquina.

Avanzando en esa dirección, la relevancia de estos tipos de distorsiones también debe ponerse en evidencia en función de que cambien o no tras la aplicación de un tratamiento para conseguir la abstinencia. Es de esperar que sea importante el cambio cognitivo en los tres tipos de distorsiones considerados como más relevantes en el mantenimiento del juego: predicciones, consideración del azar como un proceso autocorrectivo y las personificaciones de la máquina, mientras que el cambio en las distorsiones menos relevantes para el problema no sea importante, pues de hecho su frecuencia ya es menor de la que aparecen en los no-jugadores. Los análisis de este estudio han puesto de relieve que, tras el tratamiento, los jugadores patológicos han reducido significativamente sus verbalizaciones referidas a predicciones, consideración del azar como proceso autocorrectivo y fijación en las frecuencias absolutas respecto del pretratamiento. El resto de las categorías se mantiene sin cambios. Es decir, la intervención de un modo u otro tiene efecto sobre estos tres sesgos cognitivos consiguiendo reducirlos significativamente. Estos resultados confirman la importancia de estos tres tipos de distorsiones cognitivas en el mantenimiento del juego, pues se modifican de forma significativa tras el tratamiento.

Pero no sólo es importante el cambio, también su magnitud. ¿El cambio es tan importante como para que, tras el tratamiento, estas distorsiones se hayan reducido hasta valores similares a los de las personas que no tienen problemas con el juego,

desapareciendo las diferencias existentes antes del tratamiento? Los resultados señalan que sí, que la frecuencia de estos tres tipos de distorsiones, consideradas como de especial relevancia, en el grupo de jugadores patológicos tras el tratamiento se ha igualado a la del grupo control. Sin embargo, siguen manteniéndose las diferencias significativas que se observan antes del tratamiento en las categorías ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en las frecuencias absolutas, y también la no diferencia en las categorías: supersticiones y perder por poco. Este resultado apoya la tesis de la importancia de dichas distorsiones para el juego patológico.

Parece importante resaltar este hecho de que las únicas diferencias que se mantienen entre jugadores y no jugadores, tras el tratamiento, se dan en las categorías que, también antes del tratamiento aparecían en mayor proporción en el grupo de no jugadores (Mañoso *et al.*, 2004). Es de destacar que las personas que no tienen ni han tenido problemas con el juego experimentan una mayor ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en las frecuencias absolutas que las personas que sí han tenido problemas con el juego incluso después de que reciban tratamiento para conseguir eliminar el problema. Esto por un lado apoya la hipótesis de que no parecen errores propios de los jugadores patológicos, ni que su presencia suponga la pérdida de control sobre el juego. El hecho de que estas restantes verbalizaciones no cambien puede explicarse bien porque ya tienen valores normales (iguales a las de los no jugadores) o incluso por efectos de "suelo", no pueden bajar más; o bien porque el tratamiento no las afecta al no ser relevantes para el mantenimiento del problema.

Los cambios en los tres tipos de distorsiones considerados relevantes se han producido analizando los resultados del grupo de jugadores de forma conjunta, a pesar de que se aplicaron diferentes tipos de tratamientos y de que la eficacia de éstos para conseguir la abstinencia no fue completa; de hecho el tratamiento con mejores resultados consiguió una abstinencia del 55% al año de seguimiento (aunque las verbalizaciones están tomadas al postratamiento). Un análisis de los cambios cognitivos en función del tipo de tratamiento y también en función de la eficacia o no (logro de la abstinencia de juego) al año de seguimiento podrían arrojar más luz sobre el valor real de cada distorsión y también del cambio cognitivo logrado al postratamiento y su implicación con el mantenimiento de la abstinencia a medio y largo plazo.

Es curioso que cuando se han considerado las distorsiones cognitivas de forma general, sin un análisis pormenorizado como el aquí desarrollado, se haya llegado a conclusiones que a la luz de estos resultados parecen inadecuadas. De hecho se ha dado una importancia central a distorsiones como la ilusión de control a la hora de explicar la conducta de juego patológico. Sin embargo, nuestros resultados señalan que la frecuencia de esta distorsión ya es menor en los jugadores que en los no-jugadores antes del tratamiento, y que no se modifica tras éste, manteniéndose nuevamente por debajo en los jugadores tras el tratamiento que en los no jugadores. Parece pues que la ilusión de control, no debe ser un factor determinante en el desarrollo, o al menos en el mantenimiento, de la conducta de juego patológico. Tal como ya se ha señalado, la ilusión de control que probablemente se desarrolla en los primeros contactos con el juego se va desvaneciendo a medida que la persona adquiere más experiencia en el juego. Los infructuosos y reiterados fracasos al intentar controlar la máquina llevan a

convencer al jugador de que no puede realmente controlarla. Esto explicaría la mayor frecuencia de este tipo de verbalizaciones en el grupo de no jugadores comparados con los jugadores, diferencia que se mantiene significativa aún después del tratamiento. Los trabajos de Bersabé y Martínez-Arias (1999), Budescu y Bruderman (1995) y Koehler, Gibbs y Hogarth (1994) apoyan esta hipótesis al señalar cómo la ilusión de control que aparece al principio del juego se va desvaneciendo a medida que aumenta el número de jugadas. De hecho, la percepción de control (ilusión de control) de los jugadores, incluso ya antes del tratamiento, es más realista que la de los no-jugadores, pues consideran, como así es, que no pueden controlar los resultados. El jugador que llegue a este punto debería dejar de jugar (este es el objetivo y centro de la intervención de algunos programas terapéuticos, como el del grupo de Ladouceur), y probablemente sea lo que sucede con algunos jugadores que dejan de jugar. Pero también es posible que la ilusión de control no desaparezca sin más, sino que algunos jugadores evolucionen a otros tipos de sesgos cognitivos o distorsiones que sustituyen a la ilusión de control, pero que justifican el mantener la conducta de juego, concretamente las distorsiones centradas en la predicción de los resultados (predicciones o azar como proceso autocorrectivo): "No puedo controlar la máquina, pero sí predecir sus resultados".

Parece que para los jugadores, los resultados del juego, aunque no pueden controlarse, sí pueden predecirse, según lo "caliente o fría que esté la máquina" (azar como proceso autocorrectivo) o de lo que haya ocurrido en jugadas anteriores (predicciones). No obstante, conviene resaltar que otra distorsión a la que se ha dado mucha importancia como la creencia en la suerte, tampoco ha aparecido como relevante para los jugadores. Aunque creen poder predecir el resultado, esta predicción supone una cierta habilidad y un esfuerzo activo (algo que los jugadores tienen y hacen, frente a los no jugadores), no una cosa incierta, como la suerte, que todos pueden tener, o menos aún por conductas supersticiosas. Los jugadores juegan por que van a ganar, no por que puedan controlar la máquina, de sobra saben que no es posible, no como los inexpertos no-jugadores, sino por que gracias a su habilidad y esfuerzo pueden predecir los resultados. El hecho de que además presenten una mayor frecuencia en el pretratamiento, diferencia con los no jugadores que también desaparece tras el tratamiento, en la distorsión de personificación de la máquina, quizá pueda ser interpretada en términos de la intensidad de su implicación en el juego. De hecho es difícil integrar esta categoría en la idea general de predicción de resultados y también es destacable que sea la categoría que más diferencias arroja entre jugadores y no-jugadores en el pre-tratamiento. Su cambio en el postratamiento, no obstante, apoya el valor que debe tener en el mantenimiento de la conducta de juego en los jugadores.

Se confirma que las categorías ilusión de control, creencia en la suerte y fijación en las frecuencias absolutas son sesgos cognitivos más propios del pensamiento irracional de los no jugadores, o al menos de las personas que no han tenido tanta experiencia con el juego comparadas con los jugadores patológicos, incluso después de recibir tratamiento por este problema. Por otro lado, las predicciones, incluidas las derivadas de la consideración del azar como un proceso autocorrectivo y la personificación de la máquina se confirman como las distorsiones verdaderamente implicadas en el mantenimiento del juego patológico ya que: a) marcan la diferencia entre jugadores patoló-

gicos y no jugadores antes del tratamiento, siendo las que se emiten con más frecuencia en el grupo de jugadores, b) la intervención consigue reducir significativamente estas verbalizaciones del pre al postratamiento, mientras que el resto de las categorías se mantiene sin cambios, y c) tras el tratamiento se eliminan las diferencias con el grupo control.

Las implicaciones de estos resultados de cara a la evaluación y al tratamiento de los problemas de juego patológico son importantes. Por lo que hace referencia a la evaluación es evidente que debe perfilarse un análisis más específico de estos tres tipos de distorsiones, tanto en el pretratamiento como a lo largo del tratamiento y, en especial, de cara a su finalización (alta y postratamiento); también en el seguimiento como clave para poder detectar la posible aparición de recaídas. Los cambios de estas tres distorsiones deberían seguirse con mayor atención e incluso sería necesario el desarrollo de algún instrumento o procedimiento especialmente sensible para detectar la presencia de este tipo de distorsiones. Por lo que hace referencia al tratamiento, las directrices a partir de estos resultados son si cabe más importantes. En casi todos los programas de intervención actuales se defiende la necesidad de un tratamiento cognitivo dirigido a modificar las distorsiones de los jugadores, pero el esfuerzo se centra en modificar toda posible distorsión, en especial la ilusión de control o la creencia en la suerte. Aun manteniendo esta intervención cognitiva, es evidente que los esfuerzos deberían centrarse en modificar las distorsiones que caracterizan a los jugadores frente a los no-jugadores en lugar de una reestructuración cognitiva general de todas las distorsiones (algunas de las cuales ya está más baja que en los no jugadores). Una actuación centrada en estos tres tipos de sesgos o distorsiones debería ser más eficaz y también tener efectos mucho más rápidos, implementando en consecuencia de forma sustancial el valor de los tratamientos del juego patológico.

En conclusión, las distorsiones referidas a la capacidad de predecir los resultados (incluidas las que se derivan de considerar el azar como un proceso autocorrectivo) y la personificación de la máquina parecen jugar un papel importante en el mantenimiento de la conducta de juego, ya que son un punto fundamental para diferenciar jugadores y no jugadores antes del tratamiento y son las únicas que se reducen de modo significativo tras la intervención. El resto de las distorsiones, que no están más elevadas en el pretratamiento, se mantienen sin cambios, por tanto no parecen ser decisivas para el mantenimiento del juego.

Referencias

Bersabé, R. y Martínez Arias, R. (1999). La superstición en los juegos de azar. *Clínica y Salud, 10,* 151-177.

Budescu, D. y Bruderman, M. (1995). The relationship between the illusion of control and the desirability bias. *Journal of Behavioural Decision Making, 8,* 109-125.

Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C. y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25,* 275-282.

Coulombe, A., Ladouceur, R., Desharnais, R. y Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies, 8,* 235-244.

Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta, 20,* 769-791.

Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio.* Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.

Fernández-Alba, A., Labrador, F.J., Rubio, G., Ruiz, B., Fernández, O. y García, M. (2000). Análisis de las verbalizaciones de jugadores patológicos mientras juegan en máquinas recreativas con premio: Estudio descriptivo. *Psicothema, 12,* 654-660.

Fernández-Alba, A., Ruiz, B. y Labrador, F.J. (2005). *Cognitive distortions related to chance during slot-machine gambling: A comparative analysis between pathological gamblers and a control group.* Manuscrito sometido a publicación.

Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 37,* 13-23.

Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and Personality, 4,* 411-420.

Gaboury, A., Ladouceur, R., Beauvais, G., Marchand, L. y Martineau, Y. (1988). Dimensions cognitives et comportementales chez les joueurs réguliers et occasionnels au blackjack. *International Journal of Psychology, 23,* 283-291.

Griffiths, M.D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology, 85,* 351-369.

Hardoon, K.K., Baboushkin, H.R., Derevensky, J.L. y Gupta, R. (2001). Underlying cognitions in the selection of lottery tickets. *Journal of clinical psychology, 57,* 749-763.

Koehler, K., Gibbs, B. y Hogarth, R. (1994). Shattering the illusion of control. *Journal of Behavioral Decision Making, 7,* 183-191.

Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (2002). Treatment of pathological gambling. En C. Von Hofsten y L. Bäckman (Eds.), *Psychology at the turn of the millennium* (vol. 2) (pp. 271-301). Nueva York: Psychology Press.

Ladouceur, R., Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification, 18,* 230-242.

Mañoso, V., Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de verbalizaciones durante el juego distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema, 16,* 576-581.

Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 115-127.*

Ramos-Alvarez, M.M. y Catena, A, (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4,* 173-189.

Sylvain, C. y Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 24,* 479-489.

Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R. y Tsanos, A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies, 13,* 253-266.

Walker, M. (1992). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies, 8,* 245-261.