

# Recuperación de la ludopatía de forma natural o por asistencia a un tratamiento: comparación de ludópatas activos rehabilitados.

David c. Hodgins & Nady El-Guebaly

*Universidad de Calgary y Centro Foothills Medical Centre, Calgary, Canada*

## Resumen

**Objetivo.** Se llevó a cabo un estudio exploratorio para comprender el proceso de recuperación de los problemas de ludopatía. **Diseño.** Se reclutó a un grupo de ludópatas rehabilitados ( $n = 43$ ) y a un grupo comparativo formado por ludópatas patológicos activos ( $n = 63$ ) mediante anuncios en los medios. **Participantes.** Los participantes mostraron pruebas de problemas significativos en relación con la ludopatía e índices elevados de alteraciones del consumo de sustancias y comportamiento co-mórbido. La mediana de duración de la resolución fue de 14 meses con una variación de 6 semanas a 20 años. **Hallazgos.** Los ludópatas rehabilitados informaron de una gran variedad de razones para dejar el juego relacionadas, principalmente, con factores emocionales y económicos. No experimentaron un número mayor de hechos vitales desencadenantes en comparación con los ludópatas activos pero no confirmaron ningún incremento de los hechos vitales positivos ni un descenso de los negativos en el año posterior a la resolución. Tanto en el caso de los ludópatas rehabilitados como en el de los ludópatas activos que tenían problemas relativamente más graves, existía una probabilidad mayor de que hubieran participado en un tratamiento o autoayuda. En el caso de aquellos con problemas menos graves, los rehabilitados estaban "rehabilitados de forma natural". **Conclusiones.** Los resultados apoyan la necesidad de opciones de tratamiento continuo para el problema de la ludopatía así como de proporcionar información útil sobre los procesos de recuperación.

## Introducción

En Norte América, como en otros lugares, las oportunidades de jugar han aumentado en los últimos años (Lesieur & Rosenthal, 1991; Ladouceur, 1996). Esta disponibilidad en alza viene acompañada por un aumento de la prevalencia de los problemas relacionados con el juego (Shaffer, Hall & Vander Bilt; 1997). La ludopatía se define en líneas generales como comportamiento de juego desadaptativo que altera los objetivos personales, familiares o vocacionales. En el DSM-IV (APA, 1994) la ludopatía se incluye como un trastorno impulsivo y los criterios de diagnóstico se modelan según los criterios de dependencia de sustancias.

La bibliografía empírica sobre la evaluación del tratamiento de la ludopatía es escasa (ver las evalua-

ciones de Lesieur & Blume, 1991; Murray 1993; Walker, 1993; Lopez Viets & Miller, 1997). Generalmente, estas evaluaciones del tratamiento cuentan con tamaños de muestra reducidos, falta de grupos de control e índices de seguimiento pobres. Es imposible llegar a conclusiones sobre la relativa eficacia de las diferentes modalidades de tratamiento y los ingredientes para un tratamiento efectivo. El objetivo de esta investigación era el estudio del proceso de recuperación de individuos que habían superado con éxito una ludopatía seria. Entender el proceso de cambio experimentado por estos ludópatas tiene una implicación importante para programas y políticas de intervención tanto primarios como secundarios. Para una efectividad máxima, se debe estimular los factores

---

*Este artículo se ha publicado en la revista Addiction, 2000.*

que están asociados con el cambio y debe minimizarse las barreras a la recuperación.

### **Pruebas para la recuperación natural y asistida con tratamiento**

La recuperación de problemas de adicción sin un tratamiento formal se reconoce cada vez más como un fenómeno común (Institute of Medicine, 1990; McCartney, 1996). Por ejemplo, una encuesta a la población general canadiense reveló que la recuperación natural de los problemas de alcohol es el camino más rápido para conseguir superarlos (Sobell, Cunningham & Sobell, 1996). De forma similar, la mayoría de fumadores dejan el tabaco por sí solos (DiClemente & Prochaska, 1982). Aunque no existen estudios similares sobre personas con problemas de ludopatía, es probable que muchas resuelvan su problema sin tratamiento. Por una parte, porque el tratamiento mediante grupos de apoyo ha estado, relativamente, poco disponible, al menos hasta hace poco, en comparación con otras adicciones. Por otra parte, los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia típicamente informan sobre la existencia de muchos "antiguos ludópatas". Recientemente examinamos los resultados de 22 encuestas sobre prevalencia y encontramos que un 39% de los individuos que alguna vez había tenido problemas con el juego no informaron sobre ningún problema en el último año (Hodgins, Wynne & Makarchuk, 1999). En resumen, parece que la recuperación de la ludopatía es común, y que es posible que muchos otros individuos que se recuperan puedan hacer estos cambios sin tratamiento. Sin embargo, estos datos de prevalencia se basan en autoinformes no validados que posiblemente sobreestimen el índice de recuperación (Hodgins et al., 1999). No se ha diseñado ningún estudio transversal o longitudinal para examinar específicamente esta cuestión.

Se han hecho estudios sobre el proceso de recuperación natural de una gran variedad de problemas con alcohol y otras drogas. En la mayoría de estudios anteriores, se consiguió reunir grupos pequeños de anti-

guos adictos mediante anuncios en los medios y se les entrevistó con un calendario de entrevistas no estructuradas sobre sus experiencias. Estudios más recientes han utilizado una metodología más rigurosa. Por ejemplo, en un estudio sobre la recuperación de la adicción al alcohol, Sobell et al. (1993a) destacaron la incorporación de varios elementos al diseño, incluyendo: tamaños de muestra mayores, un grupo de comparación formado por individuos no tratados con problemas activos con el alcohol, verificación colateral de autoinformes, uso de una definición estricta del hecho de no ser tratado, la necesidad de recuperaciones a largo plazo y el uso de medidas estandarizadas cuando fuera posible (Sobell, Sobell & Toneatto, 1992). En este estudio, la mayoría de los antiguos bebedores apuntaron que una evaluación cognitiva de los efectos de su adicción precedió a su recuperación y que el apoyo de la pareja fue importante para mantenerse en un estadio libre del problema. Se han obtenido resultados similares para otro tipo de drogas (por ejemplo Biernacki, 1990; Toneatto et al., 1999). Sobell et al. (1993a) que también examinaron el papel de los hechos vitales respecto a la recuperación. Al comparar un grupo de control de participantes no rehabilitados con otros rehabilitados, estos últimos no informaron de un número mayor de combinaciones de hechos vitales distintos en el año anterior a su recuperación. En otro estudio más pequeño, sin embargo, se preguntó a los participantes sobre lo que había pasado en su vida en los dos años anteriores a su recuperación y en el año siguiente. Se encontró diferencias significativas entre los grupos rehabilitados y los no rehabilitados, lo que sugiere que los cambios en varias áreas del funcionamiento, como la salud, los problemas legales o de trabajo, evolucionan con el tiempo para motivar el cambio (Tucker, Vuchinich & Gadsjo, 1994).

En la presente investigación, las fases del modelo de cambio (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) se han usado como marco conceptual para guiar la exploración del proceso de cambio en los ludópatas rehabilitados. Estábamos especialmente interesados en comprender los factores que los participantes percibían como iniciadores o mantenedores de su recuperación,

el papel de los hechos vitales en la recuperación y las diferencias entre la recuperación natural y la asistida con tratamiento. Además, las comparaciones entre la recuperación de ludópatas se hizo respecto a anteriores estudios sobre la recuperación de problemas de alcohol.

## Método

### *Reclutamiento de participantes*

Se reclutó a los participantes mediante anuncios del proyecto en los periódicos, en la radio y televisión locales. Los que respondieron se consideraban como candidatos si conseguían más de un 4 en el cuestionario "South Oaks Gambling Screen" (SOGS) (ver abajo), que descubre al probable jugador patológico, Lesieur & Blume, 1987). Era también necesario que pudieran proporcionar el nombre de por lo menos un miembro de la familia o amigo que estuviera en posición de corroborar el problema de ludopatía del participante y su determinación. Un 87% por ciento de los participantes fue reclutado mediante los medios de comunicación y un 13% mediante comentarios de conocidos. En términos generales, no se observó una diferencia significativa entre las fuentes de ludópatas rehabilitados y no rehabilitados aunque era ligeramente más probable que los no rehabilitados fueran reclutados mediante los comentarios de conocidos entre la comunidad de recuperación ( $\chi^2(1) = 3,8; p < 0,06$ ).

### *Campos de contenido de la entrevista e instrumentos*

En un encuentro cara a cara, o mediante una entrevista por teléfono cuando la visita en persona no era posible, se proporcionó una serie de preguntas de entrevista estructuradas y escalas para autoinformes. A los participantes se les reembolsó 11,00\$ canadienses en concepto de gastos de aparcamiento.

Para el grupo rehabilitado, los campos de los contenidos fueron: (1) ludopatía crónica y problemas relacionados; (2) depresión co-mórbida y consumo de sustancias; (3) hechos vitales en los dos años anteriores y en el

año posterior a la resolución del problema de ludopatía; (4) razones para la resolución (fase de contemplación y determinación); (5) acciones tomadas (proceso del cambio, fase de acción); (6) factores de mantenimiento; y (7) barreras percibidas al buscar tratamiento.

Para el grupo no rehabilitado, los campos 1, 2 y 7 fueron los mismos, y los campos 4, 5 y 6 no se consideraron relevantes. Para el campo 3, a cada participante se le pedía que recordara hechos de su vida en un periodo de 3 años, que se correspondía con el periodo de 3 años recordado por un participante del grupo rehabilitado. Esta comparación resulta útil porque se obtuvieron índices más o menos elevados de eventos de vida en el grupo recuperado en comparación con los del grupo de no recuperados y ello sugiere que estos acontecimientos pueden estar funcionalmente relacionados con la recuperación (Sobell et al., 1993b). Finalmente, el campo 8, disponibilidad al cambio, se evaluó en el grupo no rehabilitado.

1. Ludopatía crónica y problemas relacionados. Las preguntas de la entrevista estructurada se utilizaron para evaluar la ludopatía crónica y los problemas relacionados, así como otras variables demográficas de fondo. Se desarrolló una entrevista estructurada según los criterios del DSM-IV para la ludopatía patológica, modelada según el SCID-R (ver abajo), con el objetivo de determinar si los participantes alcanzaron los criterios para el periodo de máxima ludopatía de su vida.
2. Condiciones co-mórbidas. Se administró los módulos de consumo de sustancias psicoactivas y de desórdenes de personalidad de la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-R; Spitzer et al., 1990).
3. Hechos vitales. Los acontecimientos sucedidos durante los 3 años objeto de estudio se evaluaron usando el Cuestionario de Eventos de Vida (LEQ; Vuchinich, Tucker & Harllee, 1986) que evalúa los acontecimientos según ocho categorías: trabajo, residencia, matrimonio y relaciones íntimas, familia e hijos, amistad amistad y actividades

sociales, negocios, salud física y temas legales. La entrevista incluye primeramente la ayuda a los participantes para que recuerden el periodo de su vida de la forma más completa posible utilizando varias ayudas para la memoria como sucesos del mundo o de la comunidad, luego administrando una lista estructurada de 79 eventos de vida. El cuestionario LEQ proporciona un resultado de frecuencia para cada categoría y para los eventos totales positivos y negativos. Se usó en el estudio de Tucker et al. (1994) y demostró una buena consonancia con los informes colaterales. En un estudio anterior con pacientes alcohólicos hospitalizados, el cuestionario LEQ también demostró una excelente fiabilidad en caso de retest en un periodo de 2 semanas (Vuchinich et al., 1986).

4. Razones para la resolución. Se diseñó una entrevista semiestructurada y otra estructurada para evaluar las razones para la resolución de la ludopatía. Tras establecer una fecha de resolución (por ejemplo la fecha del último juego) el participante debía describir las razones de su decisión. Primero preguntamos a los participantes una pregunta abierta: "Describa lo que le impulsa a dejar de jugar". Las respuestas se comprobaron y el entrevistador las grabó. Después de obtener las respuestas abiertas, se pidió a los participantes que describieran la resolución utilizando una lista de razones, adaptada según las categorizaciones de las respuestas abiertas de los estudios de la resolución de problemas con alcohol en una población variada (Sobell et al., 1993b; Cunningham et al., 1994, 1995).
5. Acciones. Se utilizó un proceso de entrevistas similar para evaluar las acciones tomadas. Los participantes debían explicar cómo terminaron con su problema de ludopatía en una entrevista sin desarrollo establecido ("¿Hizo algo de forma consciente que le ayudara a conseguir su objetivo?").
6. Factores de mantenimiento. En una entrevista sin

desarrollo establecido se preguntó a los participantes sobre cómo habían mantenido el cambio ("Describa los factores que le han ayudado a evitar una recaída en el juego tras haber resuelto su problema"). Después, siguiendo a Sobell et al. (1993b) y Tucker et al. (1994), se les pidió que puntuaran 17 factores según la ayuda que les habían ofrecido para la resolución. Cada factor se puntuaba según una escala de 5 puntos (1 = no ayudó; 3 = ayudó algo; 5 = ayudó mucho).

7. Barreras al tratamiento percibidas. Se pidió a los participantes que puntuaran la importancia de ocho razones potenciales para no buscar tratamiento (tal y como las identificó Sobell et al., 1992): vergüenza, no se necesitaba ayuda, era incapaz de compartir el problema, estigma, quería encargarse solo del problema, coste, disponibilidad y otras barreras. Cada una se puntuaba según una escala Likert que va de 0 (no importante) a 5 (extremadamente importante).
8. Disposición al cambio. Se preguntó a los participantes no rehabilitados sobre su intención de cambiar utilizando las cuestiones de algoritmo de Prochaska et al. (1992): precontemplación (no en los próximos 6 meses), contemplación (en los próximos 6 meses) y determinación (en el próximo mes).
9. "South Oaks Gambling Screen". El SOGS se usó como el instrumento inicial para estudiar a los participantes que entraban en el estudio. Es una escala de 20 elementos que se ha usado tanto como escala para los autoinformes como para las encuestas telefónicas. Las preguntas están modeladas según los criterios DSM-III para la ludopatía patológica y son sobre problemas de ludopatía a lo largo de la vida. La escala se ha usado para identificar a los ludópatas de poblaciones drogadictas y psiquiátricas y en informes de comunidades. Los resultados de los participantes en el SOGS se correlacionan bien con los informes colaterales y con las puntuaciones de los médicos.

### *Entrevistas colaterales*

Se pidió a los participantes que proporcionaran el nombre de uno o dos familiares o amigos que pudieran confirmar su historial ludópata. Un asistente de investigación, que no podía estar presente en las entrevistas a los participantes llamaba por teléfono a un colateral para cada participante y llevaba a cabo una breve entrevista. Se contactó con éxito con ochenta y tres colaterales. Se les pidió a los colaterales que dijeran la fecha de resolución (cuando era aplicable), el número de años de duración de la ludopatía y una descripción de las actividades de juego en el año anterior a la resolución y después de la misma. También se pidió a los colaterales que puntuaran cada una de sus respuestas.

Examinamos la conjunción de numerosas variables mayores para evaluar la fiabilidad general de los autoinformes de los participantes: durante cuánto tiempo la ludopatía había sido un problema (años,  $r = 0,61$ ), participación en el tratamiento ( $\kappa = 0,65$ ; 83% consenso) tipo de ludopatía ( $\kappa = 0,68$ ; 81% acuerdo) y duración de la resolución (en meses,  $r = 0,88$ ). Para cada variable, los colaterales que estaban más seguros de que su informe era acertado demostraron un mayor acuerdo con los participantes. Estos resultados sugieren un acuerdo substancial y apoyan la fiabilidad de los autoinformes de los participantes.

## **Resultados**

### *Participantes*

Se entrevistaron a cuarenta y tres participantes rehabilitados y a sesenta y tres no rehabilitados. Un 82% por ciento de los participantes fueron entrevistados en persona. La razón principal para llevar a cabo una entrevista por teléfono era que el participante no viviera fuera de las inmediaciones.

No se observaron diferencias significativas entre los participantes rehabilitados y los no rehabilitados en cuanto a características demográficas, condiciones comórbidas o resultados SOGS. La mitad de la muestra era femenina y la edad media era de 42 años ( $SD = 10$ )

con un rango de entre 21 y 70 años. Dos participantes eran canadienses nativos, uno asiático, uno indio del este y el resto de raza caucásiana. Alrededor de la mitad estaban casados o eran pareja de hecho (47%) y un 23% no se había casado nunca. Un 72% había recibido educación secundaria o universitaria. En cuanto al empleo, 56% trabajaban a jornada completa y un 25% estaba en paro.

La media del resultado SOGS fue de 12 ( $SD = 3$ ), lo que indica un grado significativo de problemas de ludopatía. Un 94% alcanzó los criterios DSM-IV para la ludopatía y el resto (cinco no rehabilitados) una media de 3,3 criterios, de los cinco requeridos. En cuanto a problemas de ludopatía, la mitad informó de que su principal problema era las máquinas tragaperras; un 8% dijo que su principal problema eran los casinos; 4% las carreras de caballos; y un 2% el bingo. Un 37% confesó tener problemas con varios juegos, incluidas las máquinas tragaperras.

De acuerdo con la entrevista SCID, casi la mitad de la muestra había experimentado una alteración depresiva crónica que incluía las alteraciones depresivas más importantes (43%), distimia (3%) y trastorno bipolar II (3%). Un 18% informaron de episodios depresivos en curso. Se identificó una dependencia crónica de alcohol (37%) o un elevado consumo (14%) en la mitad de los participantes, con problemas en curso en un 5%. En un 27% de la muestra se encontró otras alteraciones crónicas relacionadas con el consumo de drogas, y un 4% confesaba tener problemas en curso. Alrededor de un cuarto de la muestra había padecido alteraciones del comportamiento y de consumo de sustancias crónico y cuatro participantes lo padecían en ese momento.

Los 43 ludópatas rehabilitados informaron de resoluciones que duraban entre 6 semanas y 20 años con una duración media de 3,5 años y un tiempo medio de 14 meses. Un 81% afirmó que su objetivo inicial era dejar el juego, mientras que el 19% restante aseguraba que pretendía reducirlo. Un 84% informaron de que lo dejaron de inmediato (síndrome de abstinencia), mientras que el resto de participantes lo hizo poco a poco. En una escala de cinco puntos siendo los extremos

“completamente consciente” y “completamente ajeno a la conciencia”, un 65% aseguró que su decisión fue “completamente consciente” comparado con el 14% que escogió puntos intermedios, el 16% que dijo que fue algo “completamente ajeno a la conciencia” y un 5% que afirmó que fue “completamente inconsciente”.

De los 63 ludópatas no rehabilitados, un 93% informó de que había planeado dejar su adicción en el siguiente mes (fase de determinación) y un 3,5% informó de que había planeado dejarlo en los siguientes 6 meses (contemplación). El 3,3% restante informó de que no había planeado dejarlo en los siguientes 6 meses (precontemplación).

#### *Predicciones sobre la búsqueda de tratamiento*

Más de la mitad de los participantes dijo no haber recibido tratamiento, 63% de los no rehabilitados y un 53% de los rehabilitados. Una pequeña proporción informó de que el tratamiento que recibieron, que fue mínimo, llegó a ser significativo para su recuperación y el resto informó de una participación significativa en el tratamiento. Definimos como participación moderada o elevada cuando se producían cinco o más sesiones o exposiciones a autoayuda o a tratamiento centrado en la ludopatía. Un 16% del grupo de los no rehabilitados y un 33% del grupo de rehabilitados afirmó que el tratamiento había sido significativo. Se llevó a cabo un análisis de función discriminante para identificar qué variables predecían mejor la entrada en tratamiento en un rango de predictores potenciales: demográficos (edad, sexo), tipo de ludopatía (tragaperras u otros), gravedad del problema (SOGS, número de criterios del DSM-IV), diagnóstico co-mórbido crónico o pasajero (depresión, alcohol, otras drogas) y estadio de recuperación (rehabilitado, no rehabilitado). La única variable que discriminaba la entrada en el tratamiento era la gravedad del problema, número de criterios diagnósticos del DSM-IV. De acuerdo con los tests Scheffé post hoc, los individuos que se expusieron a un tratamiento moderado o elevado experimentaron más criterios del DSM-IV (media = 8,1; SD = 1,2) en comparación con los que no se expusieron a tratamiento (6,5; SD = 1,7;

$p < 0,002$ ). Los que se expusieron a un tratamiento mínimo experimentaron una media de 7,0 criterios (SD = 1,3), lo cual no es significativamente diferente a los otros dos grupos.

#### *Razones para la resolución*

Utilizamos dos métodos para evaluar las razones específicas que llevaron a la resolución en el grupo rehabilitado: un cuestionario de preguntas abiertas y otro de preguntas para marcar las respuestas. Se revisaron todas las respuestas del cuestionario abierto y se utilizó un esquema de códigos derivado mediante un análisis del contenido (Taylor & Bogdan, 1984). Dos personas puntuaron de forma independiente las respuestas de cada participante. La respuesta de cada participante podía codificarse en más de una categoría de respuesta. El consenso entre los dos calificadores fue elevado, lo que sugiere una gran fiabilidad. Para las categorías individuales, el porcentaje de consenso varió entre el 98% y el 100%. Los desacuerdos se discutieron con un tercer calificador y así se tomaba una determinación final. La tabla 1 muestra las categorías y el porcentaje de personas que las citaba. Los autores pueden facilitar una descripción completa de las definiciones de las categorías. Las dos razones principales citadas para la resolución fueron las emociones negativas y las preocupaciones económicas. Por ejemplo, estrés, pánico, depresión y culpabilidad son algunas de las emociones negativas comunes que se relacionaban con la decisión de abandonar la ludopatía. Para la preocupación económica se dio explicaciones como “siempre se pierde dinero”, “el dinero es escaso” y “echar de menos tener mucho dinero”.

Tal y como se observa en la Tabla 2, los resultados de las preguntas con respuestas para marcar, demostraron una buena concordancia entre las categorías preexistentes y aquellas identificadas en el análisis de contenido. Por ejemplo, con ambos métodos, las razones de la resolución que se manifestaban con más frecuencia eran las preocupaciones emocionales, los problemas económicos y las influencias familiares. No resulta sorprendente que los participantes identificaran un número mayor

**Tabla 1. Razones para la resolución según preguntas abiertas.**

| Razón   | n° personas que nombraron el factor | % de personas (n = 43) |
|---|-------------------------------------|------------------------|
| Sentimientos negativos                                      | 19                                  | 44%                    |
| Preocupaciones económicas                                   | 18                                  | 42%                    |
| Influencia de la familia                                    | 11                                  | 26%                    |
| Incompatibilidad con la autoimagen o los objetivos deseados | 10                                  | 23%                    |
| Falta de recursos económicos                                | 9                                   | 21%                    |
| Tocar fondo   | 8                                   | 19%                    |
| La confrontación con otros                                  | 8                                   | 19%                    |
| Soporte social  | 6                                   | 14%                    |
| Influencias espirituales                                    | 5                                   | 12%                    |
| Apreciación cognitiva (evaluación de pros y contras)        | 5                                   | 12%                    |
| Influencias legales   | 4                                   | 9%                     |
| Sin darse cuenta  | 4                                   | 9%                     |
| Apreciación lógica  | 4                                   | 9%                     |
| Cambio ambiental  | 4                                   | 9%                     |
| Miedo a consecuencias negativas futuras                     | 1                                   | 2%                     |

**Tabla 2. Razones para la resolución según respuestas para marcar.**

| Razones <sup>a</sup>                 | Ludópatas rehabilitados (n = 43) | Muestra consumidora de alcohol <sup>b</sup> |                      | Tratamiento de alcohol/drogas <sup>c</sup> |                       |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------|--|-----------------------|
|                                      |                                  | Sin tratamiento (n = 48)                    | Tratamiento (n = 16) | Más grave (n = 126)                        | Menos grave (n = 122) |
| Problemas económicos                 | 93.0%                            |   |                      |  |                       |
| Factores emocionales                 | 86.0%                            |   |                      |  |                       |
| Tocar fondo                          | 65.0%                            | 16.7%                                       | 68.8%                | 70.2%                                      | 38.8%                 |
| La familia/los niños                 | 62.8%                            |   |                      |  |                       |
| La confrontación                     | 48.8%                            |   |                      |  |                       |
| Un caso de humillación               | 46.5%                            | 62.5%                                       | 62.5%                | 87.0%                                      | 85.2%                 |
| Un hecho traumático                  | 41.9%                            |   |                      |  |                       |
| Problemas con el cónyuged            | 27.9%                            | 27.1%                                       | 50.0%                | 50.8%                                      | 25.4%                 |
| Problemas en el trabaja              | 34.9%                            | 10.4%                                       | 50.0%                | 70.7%                                      | 54.9%                 |
| Problemas de salud                   | 32.6%                            |   |                      |  |                       |
| Implicación religiosa                | 30.2%                            | 18.8%                                       | 31.3%                | 34.4%                                      | 9.8%                  |
| Problemas legales                    | 23.3%                            | 20.8%                                       | 12.5%                | 12.0%                                      | 1.7%                  |
| Cambios en otras conductas adictivas | 20.9%                            |   |                      |  |                       |
| Cambios mayores en el estilo de vida | 14.0%                            | 50.0%                                       | 37.5%                | 48.0%                                      | 31.0%                 |

<sup>a</sup> Sobell et al., 1993; <sup>b</sup> Cunningham et al., 1995; <sup>c</sup> Cunningham et al., 1994; <sup>d</sup> nomenclatura que se utiliza actualmente en lo estudios sobre el alcohol “aviso del cónyuge u otro”.

de razones cuando les eran presentadas mediante una lista (media = 6,4; SD = 2,9) que como respuesta a preguntas abiertas (2,7, SD = 1,2). En todos los casos en que hubo categorías que se solapaban, el método de las preguntas con respuestas para marcar produjo cifras más elevadas. La única categoría que surgió del análisis

de contenido y que no estaba reflejada en la lista de razones dada era la “incompatibilidad con la propia imagen deseada o los objetivos”. Esta categoría, que que señaló un 23% de los ludópatas rehabilitados, se refiere a las razones que llevaron a la resolución como querer tener un papel modélico en la familia o sentirse

“avergonzado” y preguntarse “¿en qué me he convertido?”

### Acciones tomadas para la resolución

Mediante el análisis de contenido se descubrieron 12 categorías de acciones que se describen en la Tabla 3. Para las categorías individuales el porcentaje de coincidencia osciló entre el 98% y el 100%. Los ludópatas rehabilitados informaron de una media de 2,2 acciones (SD = 1,1), donde un 93% confirmó al menos una acción y un 7% ninguna. Las dos categorías mayores eran “control de estímulos” y “nuevas actividades”. El control de estímulos consistía en limitar el acceso al juego, sobretodo mediante mantenerse lejos de locales de juegos o locales asociados con el mismo. La restricción al acceso al dinero estaba codificada como una categoría separada. Es interesante que sólo un 5% relacionó la limitación al acceso al dinero como una acción específica a tomar. Las nuevas actividades incluían la participación en algún tipo de ejercicio, leer, pasar tiempo con los miembros de la familia e implicarse más en el trabajo.

Otras tres categorías comprendían acciones que comentó por lo menos un tercio de los participantes. Éstas eran “tratamiento”, “estrategias cognitivas” y “apoyo social”. El tratamiento refleja la integración en programas de tratamiento o en grupos de autoayuda, sobretodo ludópatas anónimos. De los 14 ludópatas

rehabilitados que se categorizó por mostrar una participación moderada o elevada en el tratamiento, 12 afirmaron que el tratamiento fue una acción tomada. Las acciones “cognitivas”, indicadas por un 26% incluían varias estrategias como el pensamiento consciente sobre los aspectos negativos del juego o los beneficios de dejarlo, utilizando el “recapacitar” y el “pensar en dejarlo”. El apoyo social, del que informó un 23%, comprendía buscar apoyo de la familia y amigos.

### Factores para mantener los cambios

Utilizamos un cuestionario con preguntas abiertas y otro con preguntas para marcar para evaluar la perspectiva de los participantes sobre los factores para mantener los cambios que se habían producido en el comportamiento ludópata. Se analizó el contenido de las respuestas abiertas y se derivó 13 categorías, que se describen en la Tabla 4. El consenso entre los calificadores osciló entre el 95% y el 100%. Los participantes informaron de una media de 2,4 factores (SD = 1,2), y todos los participantes menos uno informaron de por lo menos un factor. El factor citado con más frecuencia era “participar en nuevas actividades”, similar al informe de acciones tomadas. De nuevo, 12 participantes (28%) afirmaron que la participación en el tratamiento fue de gran ayuda para mantener su resolución. El apoyo social de la familia y los amigos fue apuntado

**Tabla 3. Acciones obtenidas en las preguntas abiertas de las entrevistas**

| Acción                                  | Número de personas que nombran la acción | % de personas (n = 43) |
|---|--|------------------------|
| Estimulos de control y de evitamiento   | 21                                       | 49                     |
| Nuevas actividades                      | 20                                       | 47                     |
| Tratamientos                            | 12                                       | 28                     |
| Estrategias cognitivas                  | 11                                       | 26                     |
| Soporte social                          | 10                                       | 23                     |
| Espiritual                              | 5  | 12                     |
| Poder de voluntad/de toma de decisiones | 4  | 9                      |
| Varias                                  | 3  | 7                      |
| Ninguna                                 | 3  | 7                      |
| Un acceso limitado al dinero            | 2  | 5                      |
| Una autorecompensa                      | 2  | 5                      |
| La confesión a otros                    | 2  | 5                      |

**Tabla 4. Factores de mantenimiento obtenidos en las preguntas abiertas de las entrevistas**

| Acción  | Número de personas que nombran la acción | % de personas (n = 43) |
|---|--|------------------------|
| Nuevas actividades  | 19                                       | 44                     |
| Recordar aspectos negativos/anticipar consecuencias negativas futuras | 14                                       | 33                     |
| Soporte social  | 13                                       | 30                     |
| Tratamiento   | 12                                       | 28                     |
| Concentrarse en las mejoras para la vida                              | 8  | 19                     |
| Estrategias cognitivas para el ansia                                  | 7  | 16                     |
| Estimulos de control y de evitamiento                                 | 7  | 16                     |
| Espiritual  | 5  | 12                     |
| Introspectiva en las conductas de juego                               | 4  | 9                      |
| Falta de recursos económicos  | 4  | 9                      |
| Priorizar las responsabilidades familiares                            | 3  | 7                      |
| Limitar el acceso al dinero   | 2  | 5                      |
| Una autorecompensa  | 1  | 2                      |

por un 30%. El resto de categorías más nombradas fueron todas de naturaleza cognitiva o de comportamiento: recordar aspectos negativos/anticipar consecuencias negativas (33%), centrarse en mejoras (19%), control

cognitivo (16%), y control de estímulos (12%). Como en el caso de las acciones, sólo un 5% dijo haber limitado el acceso al dinero como una estrategia de mantenimiento.

La Tabla 5 muestra la lista de factores de mante-

**Tabla 5. Factores que mantienen el cambio – de una lista para marcar**

| Factores de mantenimiento                  | Ludópatas rehabilitados (n = 43) | Bebedores rehabilitados <sup>a</sup> (n = 120) |
|--|----------------------------------|--|
| Anteriores problemas de juego              | 86.0%                            | 19.2%  |
| Autocontrol/fuerza de voluntad             | 79.0%                            | 64.2%  |
| Cambio de estatus económico                | 62.8%                            | 23.3%  |
| Aumento de respeto/fijación de objetivos   | 62.8%                            | 8.3%   |
| Sentido de logro/orgullo                   | 62.8%                            | 20.0%  |
| Recreacional/cambio de actividades lúdicas | 58.1%                            | 45.0%  |
| Cambio de actividades vida social          | 53,5%                            | 47,5%  |
| Soporte familiar                           | 46,5%                            | 45,8%  |
| Soporte de los amigos                      | 41,9%                            | 50,8%  |
| Soporte del cónyuge                        | 37,2%                            | 66,7%  |
| Cambio de amigos                           | 37,2%                            | 36,7%  |
| Autoayuda                                  | 37.2%                            | 6.7%   |
| Cambio/mejora en la salud                  | 32,6%                            | 47,5%  |
| Cambio/mejora en el estilo de vida         | 30,2%                            | 35,8%  |
| Influencia religiosa                       | 32,6%                            | 20,0%  |
| Cambio en el consumo de alcohol/drogas     | 14,0%                            | 11,7%  |
| Cambio de residencia                       | 14,0%                            | 12,5%  |
| Cambio de hábitos respecto al tabaco       | 14,0%                            | 16,7%  |
| Cambio de empleo                           | 4,7%                             | 12,5%  |
| Cambios en la dieta                        | 4,7%                             | 33,3%  |
| Soporte por parte de los jefes             | 2,3%                             | 14,2%  |

<sup>a</sup> Sobell et al., 1993<sup>a</sup>

mantenimiento que se proporcionó a los individuos de la muestra y a los alcohólicos rehabilitados para marcar (Sobell et al., 1993b). Los participantes remarcaron una media de 8,2 factores de mantenimientos ( $SD = 3,3$ ). Al examinar la lista de factores se observa que cuatro de los cinco principales, todos afirmados por más de un 60% de los participantes, eran de naturaleza cognitiva-motivacional, y el otro restante era “cambio del estatus financiero”. Todos estos factores fueron puntuados como de mucha ayuda, más de un cuatro en una escala de cinco puntos. Las siguientes dos categorías, confirmadas por más de un 50% eran cambios en recreo/tiempo libre y actividades sociales. El siguiente grupo de factores era la familia, amigos, pareja y GA/apoyo de autoayuda, respaldado por más de un 37%.

Al comparar a los ludópatas con bebedores rehabilitados, los primeros diferían en muchos puntos. Los cambios de estatus financiero eran más fácilmente definidos como influyentes por los ludópatas, lo cual no resulta sorprendente. Sin embargo, los ludópatas citaban con más frecuencia los factores cognitivo-motivacionales o “recuerdos de problemas”, “ganar autorespeto y conseguir objetivos” y “sentimiento de haber cumplido/orgullo”. Los bebedores citaban más el “apoyo de la pareja”.

### *El papel de los hechos vitales en la recuperación*

Pedimos a participantes rehabilitados que identificaran hechos vitales significativos que hubieran ocurrido durante los dos años anteriores a la recuperación y en el año posterior a la misma. Como comparación, pedimos a los participantes no rehabilitados que identificaran hechos vitales en un periodo de 3 años escogido para enfrentarlos con el periodo de 3 años de los participantes rehabilitados. Se pudo comparar los periodos en 40 de los 43 ludópatas rehabilitados, 25 de los cuales habían padecido recuperaciones de por lo menos un año.

Los cambios en número de hechos vitales del periodo de pre-resolución (tiempo 1) al de posresolución (tiempo 2) se examinaron para estos 25 participantes utilizando tests de ANOVA separados para cada ocho cate-

gorías de hechos vitales y hechos negativos y positivos. El tiempo 1 se refiere a los dos años anteriores a la resolución para el grupo de rehabilitados, y los 2 años correspondientes para el grupo de los no rehabilitados. El tiempo 2 se refiere al periodo de un año posterior a la resolución para los participantes rehabilitados y al correspondiente periodo de un año para los participantes no rehabilitados. Los datos para el tiempo 1 (el periodo de 2 años) se dividieron en dos para poder conseguir que el tiempo 1 y el tiempo 2 reflejaran un periodo de 12 meses. El tiempo 1 modificado, por lo tanto, indica el número de hechos por año durante el periodo de dos años. Se llevó a cabo un ANOVA 2 X 2 para cada categoría de hecho vital siendo el factor 1 el grupo (rehabilitado, no rehabilitado) y el factor 2 repetido (tiempos 1 y 2). Se encontró interacciones significativas entre el grupo y el tiempo en dos categorías, la economía ( $F(1, 48) = 4,7; p < 0,05$ ) y la salud ( $F(1, 48) = 3,9; p < 0,054$ ). También se descubrió interacciones significativas para eventos positivos ( $F(1, 48) = 8,6; p < 0,005$ ) y negativos ( $F(1, 48) = 14,9; p < 0,0001$ ). Estas cuatro interacciones significativas están reflejadas en la Fig. 1 y se comprobaron utilizando tests simples para los efectos principales (Kirk, 1982) y así se comparó los dos grupos en cada tiempo y el cambio del tiempo 1 al tiempo 2 para cada grupo ( $\alpha = 0,05$ ). Las diferencias significativas se señalan con asteriscos en la Fig. q. Los participantes rehabilitados mostraron reducciones de tiempo significativas del tiempo 1 al 2 en eventos de salud y negativos, así como aumentos significativos en eventos positivos, mientras que los participantes no rehabilitados demostraron niveles estables de eventos. Durante el tiempo 1, los participantes rehabilitados y no rehabilitados no difirieron en el número de eventos en ninguna de las áreas, pero en el tiempo 2 los ludópatas rehabilitados demostraron menos eventos económicos y negativos y más eventos positivos. Estos resultados sugieren que los eventos de vida no juegan un papel significativo para precipitar la recuperación sino que más bien pueden ser importantes para mantener la recuperación. En resumen, la vida, para los ludópatas rehabilitados, parece haber mejorado los eventos económicos y de salud, en términos de incremento

de eventos positivos y disminución de eventos negativos. Al examinar los eventos de salud del informe, básicamente eran cambios primarios en los hábitos de salud (por ejemplo disminución del sueño) o aumento de las visitas al médico, pero no enfermedades importantes o lesiones.

### *Razones para no buscar tratamiento*

La mayoría de los participantes, rehabilitados y no rehabilitados, informaron de que nunca habían buscado un tratamiento para su problema de ludopatía. A cada uno se le pidió que completara una lista para marcar razones que le llevaban a no buscar tratamiento. El factor que tanto rehabilitados como no rehabilitados remarcó más fue el deseo de resolver el problema por sí mismos. Un 82% respaldó este factor con una importancia media de 4,1 (SD = 0,9) marcándola como "considerablemente importante". Alrededor de la mitad de los participantes marcó cinco factores con al menos moderadamente importante: vergüenza/orgullo (50%), no hay problema/no se necesita ayuda (50%), ignorancia sobre tratamientos o disponibilidad (55%), ser incapaz de compartir los problemas (49%), estigma (53%). En comparación con los ludópatas rehabilitados, se observó una tendencia en la que los ludópatas no rehabilitados escogían con más facilidad el factor de vergüenza/orgullo (59% vs. 35%;  $p < 0,07$ ) junto con el factor de no hay problema/no se necesita ayuda (61% vs. 36%,  $p < 0,06$ ). Relativamente pocos participantes escogieron como factor las actitudes negativas frente al tratamiento (24%) y ninguno de los rehabilitados afirmó que el coste fuera una razón para buscar tratamiento comparado con el 23% de los ludópatas no rehabilitados ( $p < 0,02$ ).

### **Conclusiones**

En este estudio fuimos capaces de reclutar tanto a ludópatas activos como a ludópatas rehabilitados a través de anuncios en los medios. Las características demográficas generales de estos ludópatas eran similares a los del problema de ludopatía identificado en la

encuesta Alberta (Wynne, Smith & Volberg, 1994). Además, se trataba de individuos con un problema de ludopatía substancialmente elevado, tal y como aparecía indicado en la escala SOGS (media = 12) y según los criterios DSM-IV (un 94% de ellos cumplía los criterios).

Los participantes padecían varios tipos de problemas de juego, aunque la mayor parte del grupo había experimentado problemas con las terminales de video-lotería, que es un tipo de juego que ha causado gran preocupación en Alberta desde su introducción en 1993. Hace poco tiempo que las máquinas tragaperras están disponibles como objeto de estudio, y nosotros no podíamos pedir el criterio de los dos años mínimos de resolución como parte de nuestro estudio. Sin embargo dicha franja temporal sí ha sido adoptada por otros estudios recientes (por ejemplo Sobell et al., 1993b). Si nosotros hubiésemos adoptado un periodo mínimo de resolución de dos años, habríamos obtenido un tipo distinto de muestra expuesta al juego y su grado y tipo de recuperación también habría sido distinto. Como resultado de no tener dicha franja temporal mínima, una parte de los participantes puede no haber logrado una recuperación estable y, por lo tanto, puede haber recaído o recaer en el futuro. Por ahora poco se sabe del curso de la recuperación de la ludopatía. Sin embargo, los ludópatas rehabilitados siempre comentan sus logros con confirmaciones de terceros.

Los datos los dieron los propios ludópatas de forma retrospectiva y en ellos describían las atribuciones para la recuperación que los participantes ofrecieron. Todo el mundo necesita "dar sentido" a su vida y su comportamiento (Heatherston & Nichols, 1994; Hodgins, el-Guebaly & Armstrong, 1995). La evaluación de los hechos vitales de forma sistemática en el grupo activo proporcionó un tipo de control para esta predisposición, pero es crucial realizar estudios prospectivos de estos factores. También se intentó recoger datos referentes a las razones para la resolución y los factores de mantenimiento utilizando dos métodos. Primero, se pedía a los participantes que describieran su experiencia en una entrevista abierta y posteriormente completaban una lista de opciones para marcar

adaptada usando investigaciones anteriores. La comparación de las respuestas mostraba un solapamiento sustancial en el tipo de razones y factores que respondieron. Sin embargo, el método abierto suscitó consistentemente menos razones por persona que la lista de opciones para marcar, a pesar de estudiar las respuestas. Es conveniente llevar a cabo una investigación más exhaustiva sobre la validez de estos métodos.

Casi todos los ludópatas activos estaban "preparados para dejarlo", y afirmaban que estaban planeando dejarlo en el mes siguiente. Participar en el proyecto de investigación puede haber sido una manera de facilitar el autoexamen de su problema. Se ha planificado un estudio de seguimiento de estos individuos para determinar el desarrollo subsiguiente de su alteración.

La mayoría de los ludópatas rehabilitados indicó que su objetivo era dejar el juego en contraposición a reducir o controlar su ludopatía y que ésta era una decisión meditada. Dieron varias razones para dejarlo, en su mayoría relacionadas con factores emocionales o económicos. No se observó que los hechos vitales específicos pudieran precipitar el cambio. Sin embargo, las reacciones emocionales frente a diversos hechos se entendían como fundamentales. Puede resultar de gran ayuda para los médicos saber que los individuos informaban de forma normal de que varios factores estaban involucrados en sus decisiones de cambio y que no necesariamente tuvieron que "tocar fondo" antes de dejarlo. Los ludópatas activos experimentaban tantos hechos vitales negativos como aquellos ludópatas que ya habían solucionado su problema.

Alrededor de un cuarto de los participantes informó de que habían cambiado porque su ludopatía resultaba incompatible con la imagen que tenían de sí mismos y no querían verse a sí mismos como una persona con problemas. La lucha con una nueva identidad se ha mostrado como un elemento crítico en el cambio del comportamiento general (Heatherton & Nichols, 1994) y para dejar la bebida (Ungar, Hodgins & Ungar, 1998).

Los ludópatas resueltos eran generalmente parecidos a aquellas personas con problemas de alcohol o drogas que buscaban tratamiento (Cunningham et al., 1994, 1995) en términos de la proporción que respalda-

ba a cada razón para la resolución. Se observó dos excepciones significativas para esta tendencia general. Primero, menos ludópatas afirmaron haber llevado a cabo una evaluación de los pros y los contras de su comportamiento a la hora de tomar su decisión. Este diferencia es significativa debido a que el énfasis se centra en la reevaluación cognitiva de esfuerzos para favorecer el autocambio en alcohólicos (por ejemplo, Sobell & Sobell, 1993). Una estrategia así puede ser efectiva con una proporción menor de ludópatas problemáticos comparado con alcohólicos. Menos ludópatas que alcohólicos también afirmaron que un cambio en su estilo de vida había resultado significativo para resolver su problema. De hecho, este tipo de factor precipitante no surgió en el análisis de contenido como una categoría separada. Esta diferencia puede reflejar que beber regularmente está más anclado en la sociedad y va más unido a estilos de vida general que la ludopatía regular.

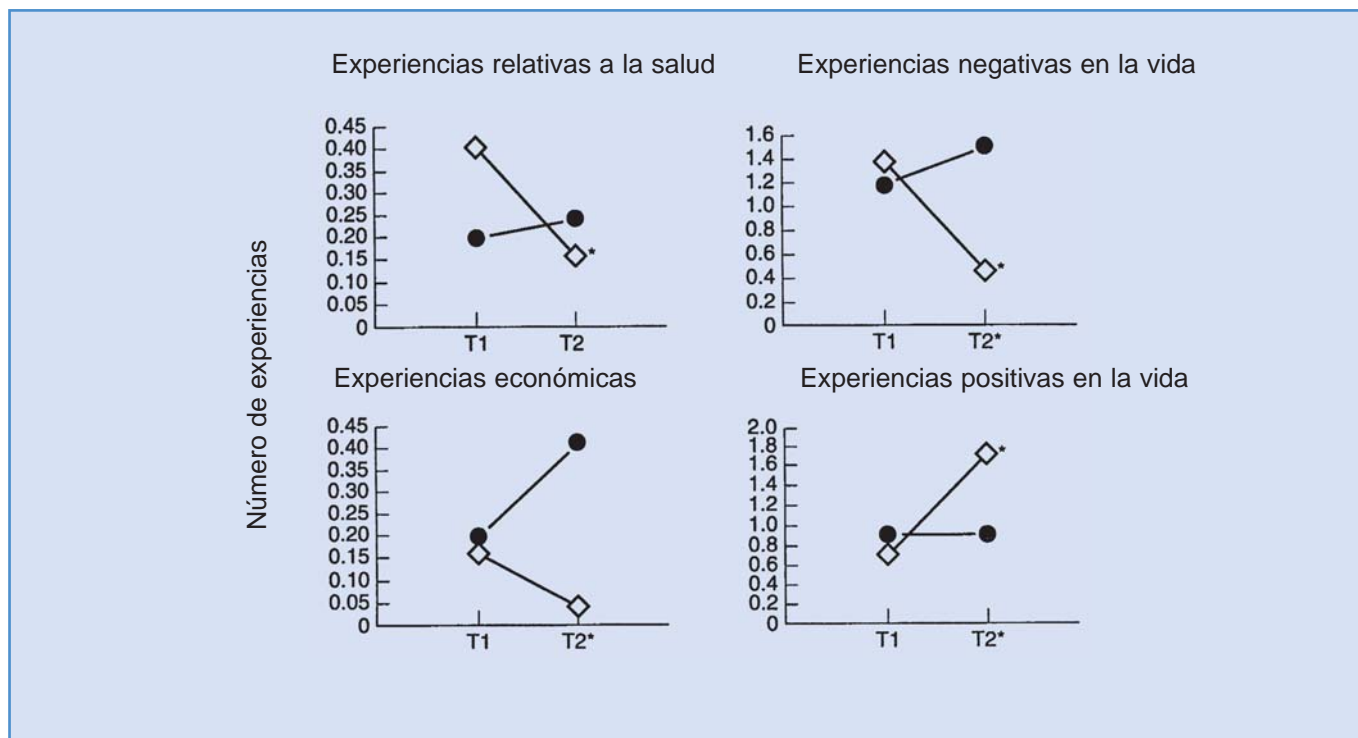
Los ludópatas rehabilitados afirmaron haber llevado a cabo varias acciones que les habían ayudado a alcanzar su objetivo de resolver su problema de ludopatía. Las estrategias de cambio predominantes que utilizaron fueron de comportamiento y cognitivo-motivacionales. Entre las estrategias de comportamiento se incluye el control de estímulos (por ejemplo permanecer alejado de situaciones de juego) y llevar a cabo nuevas actividades que no tengan que ver con el juego (por ejemplo empezar nuevas aficiones o proyectos). Estas estrategias fueron respaldadas casi de forma generalizada. Entre las acciones cognitivo-motivacionales más comunes se encuentra recordar problemas con la ludopatía en el pasado y anticipar futuros problemas, así como, en particular para los no tratados, utilizar "el poder de la voluntad". Puede ser cierto que el cambio exitoso requiera cambios cognitivos y de comportamiento, y que los médicos pueden utilizar esta información para ayudar a los ludópatas a aumentar su repertorio de estrategias de cambio. Los resultados también son consistentes con la noción de que es más fácil que la gente atribuya el "éxito" a factores intrínsecos y el "fracaso" a factores externos (Heatherton & Nichols, 1994; Hodgins et al., 1997). Cabe destacar

que pocos participantes informaron de que limitar su acceso al dinero, como restricción externa, resultara importante para conseguir el éxito. Este hallazgo es intrigante porque uno de los propósitos comunes en el asesoramiento a ludópatas problemáticos es ayudarles a controlar su acceso al dinero. No se preguntó a los participantes de forma directa si habían limitado su acceso al dinero –tal vez lo hicieron pero no lo percibieron como algo beneficioso.

En concordancia con Tucker et al. (1994), se observó que, mientras que los hechos vitales no jugaron un papel central en precipitar la recuperación, una reducción en los hechos vitales negativos, y en los hechos económicos y de salud en particular, junto con un incremento en los hechos vitales positivos se mostraba como importante para mantener las resoluciones. Los participantes también comentaron que empezar actividades nuevas, recordar consecuencias negativas y

el apoyo general fueron importantes para mantener sus cambios.

Una proporción significativa de los ludópatas rehabilitados se había recuperado de forma natural, sin la intervención de tratamientos formales o autoayuda. Tal y como se ha descubierto con otro tipo de adicciones (Wisner, 1993; Humphreys, Moos & Cohen, 1997), los ludópatas con problemas menos severos (tal y como se designan mediante el número de criterios DSM-IV) tenían más posibilidades de recuperarse sin tratamiento y aquellos con problemas más severos tenían más posibilidades de llevar a cabo una participación en el tratamiento mayor o moderada. Otros factores, como los demográficos o las alteraciones co-mórbidas no predijeron la participación en el tratamiento. Estos descubrimientos apoyan la noción de que existe un rango de severidad en los problemas de ludopatía que requiere un rango de respuestas. En el caso de severidad



**Figura 1.** Significa el número de experiencias al año que han tenido efectos de interacción importante en el “Cuestionario de las Experiencias de la vida”. T1=2 período de 2 años anterior a la resolución para los jugadores recuperados ( ) y período de tiempo comparativo para los jugadores no recuperados (.) T2= 1 período de 1 año después de la resolución para los jugadores no recuperados. \* Se ve que son significativamente diferentes a través de un simple test sobre los principales efectos.

mínima, los individuos tienen más posibilidades de iniciar y conseguir un cambio en su comportamiento ludópata sin utilizar tratamiento formal o grupos de autoayuda. Estos individuos creen realmente que no pueden dejarlo sin intervención. Más de un 80% de los participantes no tratados informó de que no buscó tratamiento porque quería “hacerlo por sí mismo”. En el caso de severidad máxima, los ludópatas informaron de que habían buscado tratamiento o participado en Ludópatas Anónimos y afirmaron que esta participación resultó de gran ayuda para superar su problema. Se apoya claramente la necesidad de un sistema de tratamiento organizado y accesible. Además, también puede ser posible animar a individuos a realizar un autocambio o una “recuperación natural”. Esta estimulación puede ser posible mediante el suministro de información pública general y educación o mediante intervención secundaria que pueda hacer la información más fácilmente accesible para los ludópatas problemáticos de forma que proteja su privacidad. Estamos llevando a cabo un estudio que examina esta posibilidad en la que los materiales de autoayuda que promueven el cambio se proporcionan a ludópatas problemáticos mediante el correo.

El descubrimiento de que la mayor razón para no buscar tratamiento es el deseo de enfrentarse al problema sin ayuda ha sido reafirmado de forma consistente en estudios de personas con serios problemas de alcohol u otras drogas que no han tenido acceso a tratamiento (Cunningham et al., 1993; Grant, 1997). Una interpretación común es que esta actitud está en parte relacionada con la estigmatización de los problemas de adicción. En nuestra muestra, como en las muestras de problemas con alcohol y otras drogas, alrededor de la mitad de los individuos que no accedieron a tratamiento identificó de forma directa este factor. Casi la mitad también nombró la vergüenza/orgullo como factores importantes. Las campañas públicas que pretenden claramente cambiar la actitud respecto a la búsqueda de tratamiento para solucionar problemas de ludopatía son cruciales.

Los índices de alteraciones de comportamiento comórbido, alcohol y otras alteraciones son elevados.

Más del 50% de ludópatas dijo haber tenido problemas con el alcohol toda su vida, sobre un 50% dijo haber tenido alteraciones de humor toda la vida y un tercio problemas con otras drogas. Estos descubrimientos son consistentes con los resultados de otros estudios y con las impresiones clínicas (Crockford & el-Guebaly, 1998), aunque no están disponibles estudios epidemiológicos sólidos. Están garantizadas exploraciones clínicas rutinarias para estas co-morbideces con tanta intervención como sea necesario. Resulta interesante que los problemas co-mórbidos no parece que incrementen la posibilidad de buscar tratamiento. No se preguntó a los participantes sobre su participación en tratamientos para estos problemas co-mórbidos. Sin embargo, puede ser de gran ayuda proporcionar servicios de tratamiento para la ludopatía integrados o coordinados con servicios de salud mental o de adicción. Sin duda alguna, es importante una formación cruzada de los proveedores de servicios.

En conclusión, este proyecto brinda una visión exploratoria del proceso de recuperación en los problemas de ludopatía. Los resultados proporcionan algunas sugerencias para las futuras direcciones clínicas y de investigación que, con suerte, serán efectivas para combatir este problema creciente.

#### Agradecimientos

Este estudio se ha hecho con el apoyo económico de la Fundación Patrimonial de Alberta, Edmonton, para la Investigación Médica y la Comisión sobre Alcoholismo y Drogadicción de Alberta, Edmonton. Queremos agradecer a K. Makarchuk y G. Tanner por ayudarnos a reunir datos y R. Mendelson, K. Diskin y R. Williams por sus comentarios críticos.

---

La bibliografía está a disposición del lector en la dirección de correo electrónico: [lydiazuloaga@telefonica.net](mailto:lydiazuloaga@telefonica.net)