

ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA

Juego patológico: un trastorno emergente

Pathological gambling: an emerging disorder

SÁNCHEZ HERVÁS, E.

Unidad de Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Valencia.

RESUMEN: *Objetivo:* análisis de uno de los trastornos del comportamiento (juego patológico), cuya incidencia ha aumentado de forma importante en los últimos años y que supone uno de los retos asistenciales más importantes en la actualidad.

Método: revisión del concepto de juego patológico, los criterios diagnósticos al uso, las teorías explicativas más relevantes, la psicopatología asociada y la evaluación y el tratamiento más efectivo en este tipo de trastornos.

Resultados: el juego patológico, considerado actualmente como un trastorno del control de los impulsos por los sistemas de clasificación diagnósticos, posee numerosas semejanzas con los trastornos por dependencia de sustancias, por lo que las estrategias de intervención que se utilizan, derivan de la experiencia clínica en el tratamiento de las drogodependencias. La terapia cognitivo-conductual es la mejor validada actualmente para el abordaje de este trastorno.

Conclusiones: el juego patológico es un trastorno emergente con un gran número de afectados en nuestro país. Se precisa la puesta en marcha de programas preventivos y la ampliación de los recursos específicos para el tratamiento de estos pacientes, a través del desarrollo de programas de intervención que hayan demostrado actualmente efectividad clínica.

PALABRAS CLAVE: Juego patológico. Trastorno del comportamiento. Terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACTS: *Objective:* An analysis of behavioral disorders (pathological gambling), whose incidence has increased significantly in the last years and

that supposes one of the most important health care challenges at present.

Method: Review of the pathological gambling concept, the diagnostic criteria presently used, the most relevant explanatory theories, the associated psychopathology and the evaluation and most effective treatment in this type of disorders.

Results: Pathological gambling, currently considered as a disorder of the control of the impulses by the diagnostic classification systems, possesses numerous similarities with the substance dependence disorders, therefore the intervention strategies that are used arise from clinical experience in the treatment of addictive behaviors. Behavioral-cognitive therapy is the best validated at present for this disorder.

Conclusions: Pathological gambling is an emerging disorder with a great number of affected subjects in our country. Implementation of preventive programs and the amplification of the specific resources for the treatments of these patients, through the development of intervention programs that have currently demonstrated clinical efficiency, are necessary.

KEY WORDS: Pathological gambling. Behavioral disorder. Behavior-cognitive therapy.

Introducción

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar. La búsqueda de excitación, el ataque al aburrimiento han estado a la base del juego en todos los tiempos¹.

España es el país de la Unión Europea que más dinero gasta por habitante en juego y uno de los primeros del mundo. El juego es una de las principales actividad-

Correspondencia:

EMILIO SÁNCHEZ HERVÁS
Unidad de Conductas Adictivas - Centro de Salud
Avda. Rambla s/n. 46470. Catarroja - Valencia
E-mail: uca.catarroja@trabajo.m400.gva.es

des económicas del país. Según la Comisión Nacional del Juego, en el año 2000 el gasto en juegos de azar en nuestro país ascendió a 25.130 millones de euros (4.181.191 millones de pesetas). En esta cantidad quedan excluidos el juego clandestino, los casinos ilegales, las timbas de cartas, las peleas con perros y otros animales, etc. Se incluye la lotería, la ONCE, los bingos y casinos y las máquinas tragaperras. Desde el año 1995 se detecta un importante incremento del dinero gastado en juego, ya en este año la cantidad era de mil millones de pesetas menos que el gasto del año 2000².

El juego se legalizó en España a través del Real Decreto Ley sobre el Juego. En 1977 se abren casinos y bingos, en 1981 se autorizan las máquinas tragaperras, en 1986 la lotería primitiva y en 1988 el bonoloto. De todos estos juegos, las máquinas tragaperras son el juego de azar que más adictos provoca (un 75% de todos los casos de juego patológico). De hecho, los jugadores patológicos surgieron paralelamente a la expansión de este tipo de juego³.

Aunque no se han llevado a cabo investigaciones sistemáticas para conocer los factores de riesgo para el desarrollo del juego patológico, un dato aportado de forma consistente en los estudios epidemiológicos revela que la legalización del juego es un factor de riesgo de gran importancia, hecho que ya había sido señalado hace casi dos décadas^{4,5}, y que ha venido comprobándose en los distintos países donde se ha ido legalizando el juego. Si bien el juego clandestino existe en mayor o menor grado en todos los países y es fuente de jugadores patológicos, la oferta social que supone la legalización, considerada por muchos autores como una forma de incrementar las arcas del estado sin aumentar los impuestos, supone al menos la duplicación en la prevalencia de la ludopatía entre adolescentes y un incremento en el número de jugadores problemáticos⁶. Otro factor de riesgo es la participación en juegos de azar en edades tempranas, fundamentalmente en la infancia y la adolescencia o al inicio de la edad adulta⁷. Otros factores de riesgo que se han señalado son la situación laboral precaria⁸, el alcoholismo paterno^{9,10}, tener padres jugadores¹¹ y la existencia de ganancias en la fase inicial del trastorno como potencial factor desencadenante, o al menos coadyuvante, en la aparición del trastorno en casi la mitad de los jugadores¹².

En la actualidad puede decirse sin ningún género de dudas, que el juego patológico es un grave problema social que afecta a miles de personas en nuestro país y que provoca en los afectados importantes problemas personales, familiares, laborales y económicos. Problema que no es exclusivo de nuestro país¹³.

Criterios diagnósticos

El auténtico reconocimiento del juego patológico (utilizaremos indistintamente este término o el de ludopatía) como una entidad nosológica propia, se sitúa en 1980 cuando la American Psychiatric Association (APA) la introdujo bajo la denominación de «juego patológico» en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)¹⁴. En este año se definen por primera vez unos criterios diagnósticos específicos, que contribuyeron a crear las condiciones necesarias para el desarrollo de la investigación sobre este trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en la novena revisión de su Clasificación Internacional de Enfermedades¹⁵, la incluyó sin embargo como una categoría diagnóstica en la siguiente revisión, la CIE-10^{16,17}. Antes de la aparición del DSM-III, los autores que estudiaban este trastorno se referían a él con distintos nombres: juego neurótico¹⁸, juego compulsivo¹⁹⁻²⁰, juego excesivo²¹, juego adictivo²² y también juego patológico²³.

Tanto la APA como la OMS consideran el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos. La persona que padece este trastorno se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar, y lo clasifican junto a otros trastornos en un epígrafe general denominado «trastornos en el control de los impulsos no clasificados en otros apartados». Otros autores, sin embargo, señalan su proximidad psicopatológica con otros trastornos, como los afectivos, el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos y, sobre todo, con la dependencia de sustancias.

Como grupo, los trastornos del control de los impulsos comparten una serie de características²⁴: *a)* dificultad para resistir un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para el propio individuo o para los demás. El individuo puede ofrecer o no una resistencia consciente a dicho impulso, y la realización del acto en sí puede o no ser premeditada y planificada; *b)* antes de cometer el acto, en general el sujeto percibe una progresiva sensación de malestar emocional, en forma de tensión o activación interior; *c)* durante la realización del acto, el individuo experimenta placer, gratificación o liberación. Esta característica supone, por sí misma, que el acto es egosintónico, ya que concuerda con los deseos conscientes inmediatos del sujeto (en contraste con los síntomas compulsivos), y *d)* después de realizar el acto pueden o no aparecer sentimientos negativos como arrepentimiento, autorreproches, culpa, vergüenza o remordimientos, cuando se consideran sus consecuencias.

Por su parte, el DSM-IV sigue considerando, como el DSM-III-R, que los problemas con el juego pueden observarse en individuos con trastorno antisocial de la personalidad, y si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos. Sin embargo, a diferencia del DSM-III-R, incluye en sus criterios la exclusión del diagnóstico de juego patológico cuando dicho comportamiento aparece sólo durante un episodio maníaco (tabla 1).

Como se ha comentado anteriormente, la OMS no hacía referencia específica a este trastorno en la CIE-9¹⁵. Si tuviéramos que codificar este trastorno según la CIE-9, quedaría incluido dentro del apartado «trastorno compulsivo de la conducta». Los criterios diagnósticos para el juego patológico propuestos por la CIE-10 se presentan en la tabla 2.

Pueden observarse algunas diferencias si se comparan los criterios diagnósticos propuestos en la CIE-10 con los del DSM-IV: *a*) la CIE-10 exige el cumplimiento de todos los criterios enumerados, en total cuatro, mientras que en el DSM-IV se requieren cinco criterios de un total de diez; *b*) en la CIE-10 se establece un criterio temporal que exige un período mínimo de un año, en el que deben constatarse además dos o más episodios de juego con las características descritas en el resto de los criterios, y *c*) en la CIE-10 no

se incluye ningún criterio de exclusión, mientras que el DSM-IV considera excluyente el episodio maníaco.

Además de considerar al juego patológico como un trastorno mental, sujeto a determinados criterios diagnósticos, esta problemática puede abordarse desde algunas formas de juego que no constituyen un trastorno mental¹⁴: *a*) juego social, tiene lugar entre amigos o compañeros, su duración es limitada, y con pérdidas aceptables que se han determinado previamente; *b*) juego profesional, el juego no es una actividad lúdica, sino una forma de ganarse la vida. Los riesgos son limitados y la disciplina es un elemento primordial. Algunos individuos presentan problemas asociados al juego pero no cumplen todos los criterios para el juego patológico, y *c*) juego problemático, en el que se evidencia un aumento en la cuantía de las apuestas y en la frecuencia de éstas, así como en el tiempo dedicado al juego, e incluso es probable que el sujeto incremente su implicación en el juego coincidiendo con algún acontecimiento vital estresante²⁵.

Teorías explicativas

Las distintas escuelas que se han ocupado del estudio del juego patológico han ofrecido teorías explicativas de él, según su propia orientación. Los psicoanalisis-

Tabla 1. Criterios diagnósticos de juego patológico según el DSM-IV

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arruinado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B. Comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de investigación de juego patológico en la CIE-10

A. Presencia de dos o más episodios en un período de al menos un año.

B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y, sin embargo, se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales.

C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso de jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad.

D. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean.

tas fueron los primeros en intentar explicar el origen de la ludopatía. Entre las últimas aportaciones desde esta perspectiva²⁶, se ha señalado que el narcisismo era uno de los rasgos de la personalidad más destacados en los ludópatas. Cabe mencionar que las teorías psicoanalíticas no han aportado datos convincentes que puedan explicar el desarrollo y mantenimiento del juego patológico.

Los autores conductistas han intentado explicar el desarrollo de este trastorno como una conducta aprendida, resultado de un proceso de refuerzo. Para algunos autores, el elemento reforzador es el incentivo económico, al menos en las etapas iniciales²³. Skinner²⁷ señaló en relación con los refuerzos que la variabilidad e imprevisibilidad en los mismos eran características destacadas que contribuían a potenciar dicho refuerzo y a perpetuar una conducta aprendida. En este sentido, la ganancia que tiene lugar en los juegos de azar se ajusta a estos criterios. Otros autores han señalado que el verdadero elemento reforzante en el juego patológico no es externo (el incentivo económico), sino interno, y estaría constituido por el estado de excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central, de forma que una vez experimentado llevaría al jugador a buscárselo de nuevo a pesar del deterioro social y personal en el que se acaba involucrando²⁸.

Para otros autores, lo esencial para explicar el mantenimiento del juego patológico es la puesta en marcha del llamado «mecanismo de ejecución conductual», según el cual una vez que una conducta se ha convertido en habitual, cualquier estímulo relacionado con la realización de dicha conducta, ya sea interno (pensar en jugar) o externo (entrar en los bares donde habitualmente se juega, escuchar el ruido de las monedas saliendo de la máquina, etc.), provoca en el individuo la necesidad de llevar a cabo dicha acción, de forma que si ésta no se completa se provoca un intenso malestar subjetivo. De esta forma, la evitación de estados fisiológicos negativos es lo que llevaría al jugador a involucrarse en las actividades de juego, a pesar de sus consecuencias negativas^{29,30}.

El papel que las distorsiones cognitivas tienen en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico se ha señalado como fundamental por numerosos autores. El juego fomenta la «ilusión de control» por parte del sujeto y la percepción de sí mismo como elemento capaz de intervenir en sus resultados, a la vez que se van desarrollando una serie de pensamientos irrationales relacionados con el juego. A este proceso contribuyen además otros aspectos, entre los que puede citarse la presunta participación en el funcionamiento de las máquinas tragaperras del sujeto a través de unos botones

que tiene que pulsar y le hacen creer de manera errónea en que su habilidad en el manejo de esta actividad interviene en su capacidad para obtener un premio²⁴. Cuando más se implica un jugador en un determinado juego, más pensamientos irrationales se suscitan en relación con él. Los jugadores regulares tienen más pensamientos irrationales que los jugadores ocasionales, al margen del tipo de juego, y esto les lleva a asumir más conductas de riesgo³¹.

Cuando el jugador gana, se refuerzan sus creencias sobre la posibilidad de seguir ganando. Cuando pierde, sobre todo en las primeras apuestas, el jugador ha aprendido que a veces se pierde y tiende a pensar que se encuentra en esa situación, pero que «la racha» va a cambiar. Otro pensamiento irracional o distorsionado en los jugadores patológicos se refiere a la evaluación sesgada de los resultados del juego, que contribuye a potenciar los pensamientos irrationales, ya que tienden a recordar las ganancias de forma selectiva y a sobrevalorarlas, mientras que infravaloran las pérdidas y las olvidan o les dan alguna explicación³². Es probable que este tipo de distorsión cognitiva explique en algunos casos la historia de «ganancias iniciales» que muchos ludópatas refieren en la etapa previa al desarrollo del trastorno. Las teorías explicativas que integran las aportaciones de los modelos conductuales y cognitivos son en la actualidad las que desde el punto de vista psicológico presentan un mayor crédito en la explicación de la aparición y mantenimiento del juego patológico³³.

Desde que la ludopatía empezó a reconocerse como un trastorno patológico, se empezaron a desarrollar diversas líneas de investigación neurobiológica en un intento de conocer sus mecanismos etiopatogénicos, destacando la investigación para esclarecer las bases neuroquímicas del trastorno. Diversas líneas de investigación vienen desarrollándose en este sentido²⁴: una línea de investigación desarrollada a partir de las afinidades nosológicas del juego con otros trastornos en el control de los impulsos, que suponen la implicación de mecanismos serotonérgicos; las teorías que señalan como fundamentales el arousal (nivel de activación) y el rasgo temperamental «búsqueda de sensaciones», que sustentan la hipótesis de una alteración del sistema noradrenérgico; las hipótesis que hacen hincapié en la relación de la ludopatía con los trastornos adictivos, y que señalan la implicación de las vías dopamínergicas; otras hipótesis con implicaciones etiopatogénicas como la que considera la ludopatía como un trastorno del estado de ánimo, o la que la incluye en el espectro obsesivo-compulsivo. Además, se está asistiendo en los últimos años al desarrollo de otra línea de estudio, la genética, que intenta esclarecer el posible papel que

algunos factores genéticos pueden tener como predisponentes en el desarrollo del juego patológico.

Juego patológico y conductas adictivas

El énfasis en la dificultad en el control de la conducta constituye un elemento de conexión entre las adicciones y los trastornos del control de los impulsos. En esencia, el juego patológico se adapta perfectamente al concepto de conducta adictiva, lo que por otro lado, ha quedado reflejado en la evolución de los criterios diagnósticos del juego patológico en la clasificación DSM. Diversos autores han señalado como elementos básicos y comunes en los distintos tipos de adicciones los siguientes: 1) *craving*: excesiva preocupación y deseo intenso de satisfacer la necesidad que se siente de llevar a cabo la conducta adictiva; 2) pérdida de control: dificultad para mantenerse abstinentemente o incapacidad para detener la conducta una vez que ésta se ha iniciado, 3) abstinencia: síntomas característicos que aparecen cuando se interrumpe la conducta adictiva; 4) tolerancia: necesidad de aumentar la implicación en la conducta adictiva (incremento de dosis en el caso de las adicciones clásicas o con sustancias químicas) para conseguir el efecto original producido por ella.

Respecto al criterio 1 (*craving*), algunos autores han señalado que el ansia de jugar expresada por los ludópatas es equivalente al *craving* de los adictos a sustancias psicoactivas. Algunos autores han concluido que los jugadores patológicos presentaban más dificultad para resistir el *craving* que los pacientes con problemas de adicción al alcohol y la cocaína³⁴. Respecto al criterio 2 (disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia), se ha señalado que la dificultad para controlar la conducta de jugar es una característica inherente al concepto de juego patológico. Se ha mencionado también que a mayor disponibilidad se produce mayor morbilidad, lo que en la ludopatía se ha puesto de manifiesto en diversos estudios que asocian un incremento de la prevalencia con la legalización del juego en distintos países del mundo. Respecto al criterio 3 (abstinencia), la posibilidad de que los jugadores pudieran presentar una sintomatología en los períodos de abstinencia fue sugerida por algunos autores, basándose en la impresión clínica de que algunos jugadores al dejar de jugar podían presentar ánimo deprimido, irritabilidad, agitación motora, temblores, dificultad para concentrarse y diversas quejas somáticas. Otros autores han señalado que los jugadores patológicos presentan con relativa frecuencia un malestar subjetivo en los períodos en los que pretenden dejar de jugar, ya

sea de manera voluntaria o forzosa, y que dicho malestar se agrava en presencia de estímulos relacionados con el juego. La sintomatología más característica incluye irritabilidad, inquietud, depresión y dificultades de concentración, lo que se asemejaría a la sintomatología de un síndrome de abstinencia como sucede en las adicciones químicas³⁵. Respecto al criterio 4 (tolerancia), se ha considerado que la «excitación» provocada durante el juego sería la «droga» del jugador. En este sentido una de las características que puede ser fácilmente demostrada en el jugador patológico es la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada, lo que podría ser atribuido al desarrollo de la tolerancia. La comprobación de que el aumento de la frecuencia cardíaca provocada durante el juego se reducía después de jugar, de forma significativamente más rápida en un grupo de jugadores patológicos adictos a máquinas tragaperras comparado con un grupo de jugadores ocasionales, se ha invocado como una medida objetiva de tolerancia en la ludopatía³⁶.

Además de estos criterios se ha señalado que la implicación progresiva del jugador patológico en las conductas relacionadas con el juego, con una mayor dedicación de tiempo ya sea en el propio juego o en conseguir dinero para éste o para pagar las deudas, provoca la eliminación de otras áreas de intereses y actividades que hasta entonces eran consideradas importantes para el individuo³⁷. Como ocurre con otras conductas adictivas, el jugador patológico persiste en su comportamiento a pesar de las consecuencias negativas y los conflictos que éste provoca en el ámbito personal, familiar, laboral y social del individuo, que por lo general se encuentran profundamente afectados³⁸.

Además de que el juego patológico se ajusta a los criterios actuales sobre las conductas adictivas, tal y como se ha referido, pueden observarse aspectos comunes entre el juego patológico y otras adicciones, fundamentalmente el alcoholismo, que aportan más argumentos a favor de la hipótesis que considera al juego como una conducta adictiva²⁴: a) solapamiento de tiempo y espacio. Las máquinas tragaperras están situadas en lugares habituales de consumo de alcohol. En las salas de juego, existe una clara disponibilidad e incluso invitaciones para el consumo de bebidas alcohólicas³⁹; b) aparición conjunta o secuencial. Numerosos estudios de comorbilidad muestran que el juego patológico se presenta con frecuencia asociado a otros trastornos adictivos. La presencia de un doble problema, referido a la asociación del juego patológico y el abuso y/o la dependencia a sustancias psicoactivas

supone un mayor riesgo de complicaciones en ambos trastornos; *c)* personalidad adictiva. Algunos autores consideran la existencia de una serie de rasgos de personalidad comunes en las distintas conductas adictivas⁴⁰. No obstante, se ha concluido que hay pocas bases para asumir que exista una personalidad adictiva⁴¹; *c)* antecedentes familiares de adicciones⁴²; *c)* tendencia a las recaídas. Es un elemento común en el juego patológico y en todas las adicciones⁴³; *d)* antecedentes de conductas relacionadas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. En ludópatas se encuentran con más frecuencia que en la población general antecedentes de conductas en la infancia relacionadas con el TDAH, así como alteraciones en el EEG y en tests neuropsicológicos. En pacientes con adicciones químicas se han encontrado hallazgos similares, tanto en alcohólicos como en adictos a otras sustancias⁴⁴; *e)* respuesta al tratamiento. Uno de los argumentos que se ha utilizado para hacer hincapié en la semejanza del juego patológico con el resto de las conductas adictivas es la respuesta favorable al tratamiento aplicado en otras dependencias, y sobre todo los modelos de tratamiento psicoterapéutico, incluyendo el modelo de Jugadores Anónimos. Las intervenciones con técnicas de modificación de la conducta se han indicado como las más eficaces⁴⁵. La mayor eficacia se atribuye a los tratamientos que incluyen psicoterapia de grupo, con un plan de trabajo en el que se combine la intervención conductual junto a técnicas de reestructuración cognitiva⁴⁶.

Por otro lado, se ha señalado que los sujetos que entran en programas de tratamiento de una adicción química en los que se descubre un trastorno por juego patológico asociado, o a la inversa, en aquellos que consultan inicialmente por el juego patológico pero que presentan una adicción asociada, es más eficaz el tratamiento combinado. Cuando se centra el tratamiento en un solo trastorno, ignorando el otro, además de dejarlo sin tratar, se provoca un mayor índice de recaídas.

Juego patológico y otros trastornos mentales

La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo del juego patológico⁴⁷, representa un factor condicionante no sólo en la elección del tratamiento más adecuado, sino también en el pronóstico del trastorno. En el juego patológico se ha señalado de forma repetida la frecuencia de comorbilidad con otros trastornos.

La mayoría de la información disponible deriva de observaciones aisladas de trastornos presentes en grupos clínicos de jugadores, y pocos estudios han abordado la investigación sistemática de la comorbilidad psiquiátrica en jugadores patológicos. Es probable, además, que los jugadores patológicos que buscan ayuda presenten con mayor frecuencia comorbilidad psiquiátrica, siendo ésta un factor que puede favorecer la búsqueda de tratamiento. En esta línea diversos autores han señalado una mayor prevalencia en esta población de abuso de alcohol y drogas, siendo este tipo de trastorno el que más claramente se encuentra presente⁴⁸. También se ha informado sobre una mayor frecuencia de trastornos afectivos asociados⁴⁹, una mayor incidencia de intentos autolíticos, y más acontecimientos traumáticos en la historia personal⁵⁰.

Diferentes estudios han puesto en evidencia una elevada tasa de prevalencia de consumo excesivo de alcohol u otras drogas en jugadores patológicos⁵¹. Éste es el trastorno asociado que con más frecuencia se encuentra en la ludopatía según una revisión de 60 estudios publicados⁴⁸. Algunos autores encuentran una prevalencia de alrededor del 10-15%, aunque otras investigaciones señalan tasas más elevadas, llegando hasta un 40-50% de abuso de alcohol o de otra sustancia psicoactiva en algunas muestras de ludópatas²⁵. Otros autores han señalado un elevado índice de tabaquismo en jugadores patológicos⁴². Algunos estudios muestran que la alta incidencia de otras adicciones en jugadores patológicos alcanza también a las llamadas adicciones comportamentales. En los estudios sobre mujeres ludópatas del grupo de Leisieur, el 24% se consideraban a sí mismas compradoras compulsivas, el 20% reconocían comer de forma compulsiva y el 12% eran posibles adictas sexuales⁵². En muestras de pacientes alcohólicos, la prevalencia del juego patológico se ha estimado entre 5-20%⁵³.

En cuanto a los trastornos de personalidad, la mayoría de los trabajos se centran en el análisis de rasgos de la personalidad mediante cuestionarios, y apenas se ha investigado esta cuestión mediante entrevistas diagnósticas estructuradas para llegar a un diagnóstico preciso. En una investigación realizada en nuestro país en la que se empleó el SCID-II, se encontró que el 44% de los pacientes cumplían criterios para alguno de los trastornos de personalidad según el DSM-III-R⁵⁴. En un estudio de comorbilidad⁵⁵, los trastornos de la personalidad encontrados con más frecuencia fueron el obsesivo-compulsivo, seguido por el evitativo y el esquizoide. A pesar de los estudios realizados, no ha sido posible delimitar una personalidad común en los jugadores patológicos y tampoco un trastorno de la personalidad específico asociado.

En cuanto a los trastornos afectivos, numerosos estudios encuentran porcentajes elevados de cuadros depresivos en jugadores patológicos así como elevadas tasas de hipomanía y manía⁵⁶. Se ha señalado que la mayoría de los estudios que refieren una mayor incidencia de cuadros depresivos en jugadores patológicos, se basan en muestras clínicas y parece que es la situación extrema creada por el juego la que lleva a estos individuos o a sus familias a solicitar tratamiento, lo que explicaría la mayor incidencia de sintomatología depresiva, ideación suicida o intentos autolíticos en este subgrupo al compararlo con los jugadores patológicos que no buscan ayuda⁵⁰. Entre los pacientes tratados por trastornos afectivos, no se ha encontrado una mayor prevalencia de juego patológico lo que sería esperable si estos dos trastornos fueran realmente trastornos comórbidos⁵⁷.

Respecto a los trastornos de ansiedad, la comorbilidad es una cuestión poco estudiada. Lo que sí parece claro es que los jugadores suelen presentar grados altos de ansiedad cuando acuden a buscar ayuda por su trastorno⁵⁸. Es probable que, al menos en parte, la sintomatología ansiosa sea una manifestación del malestar psicológico creado en el jugador como consecuencia de la situación problemática creada por el juego y sus repercusiones⁷.

En relación a la comorbilidad con otros trastornos en el control de los impulsos, algunos autores han señalado que la impulsividad es un rasgo destacado en poblaciones de adictos, incluyendo entre éstos a los jugadores patológicos y de forma más específica la capacidad para controlar los impulsos³⁴. Algunos autores han indagado de forma específica la presencia de otros trastornos del control de los impulsos en jugadores patológicos. Otros autores⁵⁹ han encontrado que el 35% de los jugadores cumplían criterios diagnósticos para al menos otro trastorno de control de los impulsos. McCormick et al⁶⁰, encontraron que el 12% de los jugadores patológicos estudiados había realizado un intento autolítico potencialmente letal.

Finalmente, se señalado que el trastorno por déficit de atención en la infancia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de diversas adicciones y también de juego patológico en el adulto. La relación entre juego patológico y TDAH postulada por diversos autores se basa en los resultados de algunos estudios: *a)* antecedentes en ludópatas de haber presentado durante la infancia conductas relacionadas con dicho trastorno⁴⁴; *b)* en estudios electroencefalográficos se encuentran en ambos trastornos alteraciones similares, mientras que en otros estudios se encuentran alteraciones en los lóbulos frontales y temporales⁶¹.

Evaluación del juego patológico

El juego supone una alteración sustancial de la adaptación familiar, laboral, económica y social del sujeto. Asimismo la relación entre juego patológico y otros trastornos psicopatológicos es muy estrecha. Todo ello hace imprescindible, desde la perspectiva de una evaluación integradora, el análisis conjunto de todos estos ámbitos, sin limitarse exclusivamente a las conductas de juego. Una limitación importante en la evaluación del jugador patológico es la fiabilidad de los datos que el paciente proporciona. Resulta necesario contrastar, en la medida de lo posible, la información que aporta el jugador con la que pueden aportar personas significativas en la vida de éste. De esta forma, se podrá estimar más adecuadamente la gravedad del problema, además de poder realizar una evaluación más rigurosa de los progresos terapéuticos conseguidos tras el tratamiento.

En la evaluación de las características de los individuos pueden distinguirse según Cone⁶² entre técnicas directas o indirectas, según su nivel respectivo de objetividad o subjetividad. Así, las técnicas indirectas incluyen la entrevista, los procedimientos de autoinforme y la evaluación realizada por otros, mientras que las técnicas directas incluyen la autoobservación, la observación y los registros psicofisiológicos.

En la evaluación de los jugadores patológicos se han utilizado entrevistas (estructuradas o semiestructuradas), autoinformes, autorregistros y en menor medida, técnicas de observación y registros psicofisiológicos. Por lo que se refiere a los problemas asociados al juego patológico, los aspectos más importantes que han sido objeto de evaluación han sido la ansiedad, la depresión, la autoestima, la adaptación, el consumo de alcohol, el apoyo social y la relación de pareja. Es conveniente averiguar las expectativas de cambio que tiene el jugador cuando acude al tratamiento, así como el grado de satisfacción con la terapia recibida al finalizar la misma. En concreto, la satisfacción con el tratamiento se ha mostrado ser una variable predictora de éxito terapéutico⁶³. A continuación se expondrán algunos de los instrumentos y procedimientos que se utilizan en la evaluación de aquellas personas que presentan un diagnóstico de juego patológico.

Entrevista

Possee un papel central durante todo el proceso de evaluación-tratamiento, no sólo como el instrumento más flexible para la recogida amplia de información en la fase previa a la intervención, sino también el sistema básico de interacción con el sujeto a lo largo de la intervención. Su utilidad proviene de múltiples funciones. Además de su función principal de recoger información

acerca de la conducta del sujeto y de sus interacciones con el ambiente, permite valorar e incrementar la motivación de los pacientes acerca del proceso de tratamiento, seleccionar otras estrategias de evaluación-intervención, establecer una relación cordial entre el clínico y la persona o recoger información histórica y biográfica del mismo⁶⁴. La entrevista es el eje sobre el cual basculan las restantes técnicas de evaluación.

Entrevistas estructuradas

La Entrevista Estructurada de la Historia de Juego⁶⁵ consta de 10 ítems que recogen datos sobre los hábitos de juego de los padres, el inicio y el agravamiento de la conducta de juego en el paciente y otros aspectos de la vida cotidiana que son muy útiles en la evaluación y control del problema específico de cada sujeto.

Escalas de gravedad clínica

El único instrumento que permite en la actualidad valorar la gravedad del juego patológico es el Gambling Severity Index⁵². Se trata de una versión abreviada del Addiction Severity Index adaptada a los problemas relacionados con el juego que aparecen más frecuentemente en este tipo de pacientes.

Autoinformes específicos de juego patológico

El Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)⁶⁶ es un cuestionario de 20 ítems elaborado con arreglo a los criterios del DSM III (APA), pero que se adapta también a los del DSM-III-R. Este cuestionario constituye, sin duda, el instrumento más fiable y válido de que se dispone actualmente para diagnosticar el juego patológico, así como el más utilizado en diferentes contextos y culturas. Una limitación de SOGS es que las preguntas tienen carácter atemporal y que, por ello, no es sensible al cambio terapéutico.

El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP)⁶⁷ es un cuestionario de *screening* que consta de 4 ítems. Está basado en la versión española del Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS). El contenido de los mismos hace referencia a si el sujeto cree que tiene problemas con el juego, si se siente culpable por lo que ocurre cuando juega, si ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello, y, por último, si ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o para pagar deudas. Gracias a su brevedad, es una prueba que puede ser intercalada en la historia clínica habitual de pacientes aquejados de problemas médicos o de trastornos de conducta diversos y detectar así de forma temprana una dependencia al juego.

El Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego⁶⁵ consta de 5 ítems que evalúan la presencia de conductas alteradas específicas del juego patológico y el nivel de gravedad en el caso de que estén presentes. Existen dos versiones (una para el paciente y otra para el familiar), lo que permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente. Además se trata de un cuestionario que se ha mostrado sensible al cambio terapéutico.

El Inventario de Pensamientos sobre el Juego⁶⁵ consiste en un listado de 27 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irrationales del jugador patológico. Este inventario ha mostrado tener una alta capacidad para detectar los sesgos cognitivos que presenta los jugadores. Se trata, pues, de un instrumento útil para evaluar los principales sesgos cognitivos que caracterizan a los ludópatas.

El Autorregistro de Juego⁶⁵ recoge datos sobre fecha, hora, pensamientos, lugares y tiempo empleado, sobre el tipo de juego, la compañía y el dinero gastado, así como sobre las consecuencias experimentadas. Permite detectar las circunstancias individuales que ponen en marcha la conducta de juego, así como las consecuencias derivadas de dicha conducta.

Cuestionario Lie-Bet⁶⁸. Se trata de un instrumento de *screening* de tan sólo dos preguntas en las que se indaga si el sujeto ha sentido la necesidad de apostar cada vez más o si ha mentido a personas significativas sobre cuánto dinero gasta en el juego.

Autoinformes de evaluación de abuso de alcohol

El uso-abuso de alcohol es una de las características presentes en las distintas conductas adictivas, por lo que su evaluación será también importante, además de en los casos de alcoholismo, en los demás comportamientos adictivos. Existen algunos instrumentos que pueden utilizarse como el Test de Discriminación de Alcoholismo de Michigan (MALT)⁶⁹, el Cuestionario de Alcoholismo CAGE⁷⁰ y el Test de Alcoholismo de Munich (MALT)⁷¹. Otra escala disponible que se ha confeccionado en nuestro país es la Escala de Intensidad de la Dependencia al Alcohol (EIDA)⁷².

Instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada

Autoinformes para la evaluación del Eje I

Para valorar la presencia de sintomatología afectiva cabe señalar la Hamilton Depression Scale (HAM-D)⁷³, la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)⁷⁴, el Beck Depression Inventory (BDI)⁷⁵, la

Zung Self-Rating Depression Scale (Zung-SDS)⁷⁶ o la Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES)⁷⁷.

La sintomatología ansiosa podría evaluarse mediante la utilización de la Hamilton Anxiety Scale (HAS)⁷⁸ o el State Trait Anxiety Inventory de Spielberger (STAI)⁷⁹. La Symptom Checklist List (SCL-90)⁸⁰, su versión revisada SCL-90-R, así como la versión abreviada de la misma Brief Symptom Inventory (BSI)⁸¹ permiten evaluar diversas dimensiones y varios índices globales de psicopatología.

Para detectar la sintomatología psicótica, las escalas más utilizadas habitualmente son la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)⁸², las Scales for the Assessment of Positive and Negative Symptoms (SAPS, SANS)^{83,84} y la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)⁸⁵. Se puede descartar la presencia de trastornos mentales orgánicos mediante la utilización de baterías neuropsicológicas que van desde las más sencillas, como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC)⁸⁶, hasta muy complejas, como las baterías de Luria-Nebraska⁸⁷, y el test de Barcelona⁸⁸. El Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)^{89,90} ha sido frecuentemente empleado para evaluar el deterioro cognitivo en función del decalaje existente entre la puntuación verbal y la manipulativa. El Wisconsin Card Sorting Test (WCST)⁹¹, podría ser utilizado en la evaluación de las funciones frontales o ejecutivas.

Autoinformes para la evaluación del Eje II

En el caso de los trastornos de la personalidad, existen diversos instrumentos que pueden resultar adecuados a la hora de identificar o descartar presencia de un trastorno específico; dos de ellos parecen especialmente útiles y son los más utilizados por clínicos e investigadores: el International Personality Disorder Examination (IPDE)⁹²⁻⁹³ y la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)⁹⁴.

Autoinformes para la evaluación de otras variables

Se dispone asimismo de otros instrumentos que evalúan dimensiones cognitivas, actitudes, creencias, etc. y que pueden ser útiles en el proceso de evaluación. La evaluación de la motivación al tratamiento es un aspecto importante. Para dicha evaluación se dispone de instrumentos que utilizan el modelo teórico de procesos de cambio de Prochaska y Diclemente. Una versión para ludópatas es la Escala para valorar los estadios de cambio en jugadores patológicos³.

Análisis funcional

El Análisis Funcional se utiliza para recopilar toda

la información clínicamente útil. Es considerado una aproximación fenomenológica, que no corresponde a una teoría psicológica concreta, aunque manifiesta relaciones más obvias con los modelos conductuales y cognitivos. Está basado en los principios de aprendizaje y de la secuencia comportamental descritos por Skinner, el modelo bifactorial de Mower, el modelo de Kanfer y Phillips, y los trabajos de Kantor⁹⁵.

El Análisis Funcional permite hacer un análisis detallado del problema, determinando las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas del individuo. La meta final es aportar una descripción cuidadosa del problema, que facilite el establecimiento de planes de intervención lo más eficaces posibles, por lo que complementa a las clasificaciones diagnósticas (DSM IV, CIE-10), que son clasificaciones sindrómicas con un carácter meramente descriptivo. Las características esenciales son: mostrar específicamente las variables de las que la conducta problema es una función, y la naturaleza de la relación entre la conducta y esas variables. La conducta se considera en función de sus antecedentes y sus consecuencias. La secuencia funcional representa el comportamiento puntual del sujeto ante un ambiente o entorno estimular concreto y con unas consecuencias específicas. Por lo que es importante conocer la topografía de la conducta de juego.

Los elementos diferenciados en su topografía son, la función estimular y la función de respuesta. La función estimular representa la incidencia del entorno haciendo más probable un tipo de respuesta por parte del sujeto. La función de respuesta, por otra parte, nos demuestra los pensamientos, las sensaciones fisiológicas y las conductas que el sujeto realiza. También es importante destacar dentro del análisis funcional elementos como: otras respuestas problema, las relaciones sociales (familia, pareja, amigos...), sus repercusiones a nivel social, laboral y económico, la historia de aprendizaje, el estilo personal, las habilidades de afrontamiento y los tratamientos anteriores.

Tratamiento del juego patológico

Debido a que inicialmente el juego patológico se ha considerado como una adicción, se ha ensayado, especialmente en los primeros momentos, técnicas terapéuticas que han mostrado su utilidad en el control del alcoholismo y de la drogadicción⁹⁶. Sin embargo, si bien son abundantes las técnicas empleadas, resultan escasos los estudios publicados en los que se compare la eficacia diferencial de distintas aproximaciones terapéuticas. Las técnicas mejor estudiadas hasta la fecha son la desensibilización imaginada y la exposición en

vivo con prevención de respuesta junto con el control de estímulos. El resto de las técnicas, o bien han caído en desuso, o bien remiten a estudios de casos⁹⁷.

La utilización de técnicas reductoras de ansiedad (la desensibilización sistemática principalmente) está estrechamente relacionada con el «mecanismo de ejecución conductual» como teoría explicativa del mantenimiento del juego⁹⁸. La hipótesis plantea que en el sistema nervioso central se establece un mecanismo neurofisiológico de ejecución de una conducta cuando dicha conducta se convierte en habitual. El mecanismo es activado cuando la persona está en presencia de estímulos que precedieron la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta. Si la conducta no es completada cuando el sujeto es estimulado para llevarla a cabo, el mecanismo de ejecución conductual produce un aumento de la activación, y por tanto de tensión subjetiva. El malestar producido por esta situación fuerza al sujeto a completar la conducta, incluso aunque no desee hacerlo.

En un estudio de revisión de resultados terapéuticos a largo plazo⁹⁹, se confirma la potencialidad terapéutica de la desensibilización imaginada, especialmente desde la perspectiva de costes y beneficios, que se muestra superior incluso a otras técnicas conductuales, como las técnicas aversivas, la relajación y la exposición en vivo. En un estudio de Echeburúa et al¹⁰⁰, se compara la eficacia diferencial de tres modalidades terapéuticas con el objetivo de la abstinencia del juego: *a)* tratamiento individual del control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta; *b)* terapia de grupo cognitivo-conductual, y *c)* una combinación de ambas modalidades terapéuticas. Se escogieron a 64 jugadores (máquinas tragaperras), con un tratamiento de 6 semanas y se utilizó un grupo control. En los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento no aparecieron diferencias significativas entre las tres modalidades terapéuticas. No obstante en el seguimiento realizado a los 6 meses se comienza a observar diferencias significativas entre los grupos. En la comparación de los éxitos con los fracasos, el tratamiento individual es homogéneo al tratamiento grupal y significativamente mejor que el grupo de control. Entre el tratamiento combinado y el grupo de control no hay diferencias significativas.

En el estudio de seguimiento posterior de Echeburúa et al¹⁰¹, se informa de los datos sobre esta investigación correspondiente al seguimiento de los doce meses. Los resultados se mantienen en la misma dirección que en el control de los seis meses, con excepción de que ahora el tratamiento individual (68,8% de abstinencia), además de ser superior al tratamiento combinado (37,5% de abstinencia), es también superior al tratamiento grupal (37,5%

de abstinencia). La terapia individual (exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos) se configura como la opción terapéutica más efectiva.

La terapia cognitiva es otra de las opciones terapéuticas efectivas que pueden ser utilizadas. Se ha señalado que los jugadores patológicos cometen diversos errores cognitivos, como la creencia en una habilidad especial para jugar, distintos tipos de supersticiones, el recuerdo selectivo de las ganancias, etc. En algunos casos se ha demostrado la eficacia de las técnicas cognitivas^{102,103}. En la práctica clínica, las técnicas cognitivas forman parte de un programa de tratamiento en el que se utilizan también técnicas conductuales y estrategias de prevención de recaídas.

Terapia de grupo

Muchos autores señalan que incluir en un programa terapéutico un grupo de terapia que combine la intervención conductual con técnicas de reestructuración cognitiva y prevención de recaídas, mejora los resultados del tratamiento. Parece especialmente útil para la detección y modificación de creencias irracionales⁴⁶. Cabe reseñar que muchos de estos grupos se enmarcan en programas amplios en los que se realizan tratamientos no sólo para el juego, sino también para otras conductas adictivas como el alcohol y otras sustancias psicoactivas, que a menudo se presentan asociadas al juego patológico.

Terapia farmacológica

Las alternativas farmacológicas actuales en el tratamiento del juego patológico se justifican por la supuesta existencia de un trastorno químico subyacente relacionado con el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales, y probablemente con la disminución del nivel de serotonina del líquido cefalorraquídeo¹⁰⁴. En este sentido se han utilizado especialmente ISRS. En la práctica clínica el uso de psicofármacos en este trastorno se relaciona con la existencia de trastornos asociados al juego patológico, por lo que el tratamiento se dirige al manejo de la sintomatología asociada que presenta el paciente.

Grupos de Autoayuda

El modelo de Jugadores Anónimos surgió por primera vez en Los Ángeles en 1957 y está inspirado en los principios y la estructura de Alcohólicos Anónimos siguiendo la regla de los 12 pasos¹⁰⁵. La eficacia de los grupos de autoayuda como forma de tratamiento no está bien establecida. No obstante, la asistencia a Jugadores Anónimos en combinación con ayuda profesio-

sional, parece potenciar la abstinencia en el juego y la calidad de vida de los pacientes⁵⁰. En este tipo de grupos sólo se contempla la participación de jugadores o exjugadores, quedando excluido cualquier profesional. Entre las actividades que se realizan se incluyen además de las reuniones de grupo, información para familiares y parejas de jugadores. La importancia de este tipo de grupos es importante, pues en algunos países es el único recurso terapéutico disponible.

Discusión

Desde que se legalizó el juego en nuestro país han aparecido gran cantidad de juegos de azar y ha aumentado considerablemente el gasto por habitante. A medida que se ha promocionado este tipo de juego (en especial máquinas tragaperras), ha aumentado la incidencia de un trastorno (el juego patológico), que la población no identifica como un verdadero trastorno del comportamiento. Esta falta de concienciación y las dificultades que se presentan en el tratamiento de los jugadores, supone que en la actualidad el juego patológico puede considerarse como uno de los problemas de salud emergentes de mayor calado en nuestra sociedad. Prueba de ello es el aumento progresivo de las demandas de tratamiento de este tipo de pacientes.

Tabla 3. Esquema de tratamiento

Evaluación de juego y consecuencias
Tipo de juego, deudas, consecuencias familiares, laborales, económicas
Motivación a tratamiento y conciencia del trastorno
Evaluación de psicopatología asociada
Ánalisis funcional del comportamiento de juego
Control de estímulos
Exposición + prevención de respuesta
Reestructuración cognitiva
Identificación de pensamientos y creencias disfuncionales
Discusión y modificación de pensamientos disfuncionales
Prevención de recaídas
Identificación de situaciones de alto riesgo
Respuestas de afrontamiento a situaciones problemáticas
Cambio de expectativas sobre las consecuencias del comportamiento de juego

Las prioridades en este momento son, desde nuestro punto de vista, la implantación de más centros especializados en el tratamiento de jugadores patológicos, el desarrollo de medidas preventivas para disminuir la incidencia del trastorno en la población y la elaboración de programas específicos de tratamiento basados en los procedimientos y técnicas que en la actualidad han demostrado efectividad clínica. En la tabla 3 se propone un esquema de abordaje para este trastorno.

Bibliografía

1. González, A. Juego patológico: una nueva adicción. Canal Comunicaciones. Madrid, 1989.
2. Comisión Nacional del Juego. Memoria 2000. Ministerio del Interior, 2001.
3. Becoña, E. La ludopatía. Aguilar, Madrid, 1996.
4. Moran E. An assessment of the report of the Royal Commission on Gambling 1976-1978. *Br J Addict* 1979;74:3-9.
5. Ochoa, E. Labrador, F. El juego patológico. Plaza y Janés. Barcelona, 1994.
6. Rosenthal RJ, Lorenz VC. The pathological gambler as criminal offender: Comments on evaluation and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:647-60.
7. Lesieur HR, Rosenthal RJ. Pathological gambling: A review of the literature. *J Gambl Stud* 1991;7:5-40.
8. Volberg RA, Abbott MW. Lifetime prevalence estimates of pathological gambling in New Zealand. *Int J Epidemiol* 1994;23:976-98.
9. Lesieur HR, Blumer SB, Zoppa RM. Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcohol Clin Exp Res* 1986;10:33-8.
10. Zeitlin H. Children with alcohol misusing parents. *Br Med Bull* 1994;50:139-51.
11. Butcha RM. Gambling among adolescents. *Clin Pediatr (Phila)* 1995;34:346-8.
12. Custer RL. Profile of the pathological gambler. *J Clin Psychiatry* 1984;45:35-8.
13. Grant, J. Kim, S. Demographic features of 131 pathological gamblers. *J Clin Psychiatry* 2001;62:957-62.
14. Asociación Psiquiátrica Americana (APA). «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM-IV». Ed. Masson, 1984.
15. Organización Mundial de la Salud. Novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo V. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Madrid: Meditor, 1979.
16. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo V. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
17. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo V. Trastornos mentales del comportamiento y desarrollo. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor, 1993.
18. Greeson, R. On gambling. *American Imago* 1947;4:61-7.
19. Bergler E. The psychology of gambling. Ney York: Hill and Wang, 1957.
20. Lesieur HR. The compulsive gamblers spiral of options and involvement. *Psychiatry* 1979;42:79-87.
21. Cornish, DB. Gambling: a review of literature and its implications for policy and research. Her Majesty's Stationery Office. London, 1978.
22. Dickerson M, Weeks D. Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers: a case study. *J Exp Psychiatry behav ther* 1979;10:139-41.

23. Moran E. Clinical and social aspects of risk-taking. *Proc Roy Soc Med* 1970;63:1273-5.
24. Ibáñez, A. Saiz, J. La ludopatía: una «nueva» enfermedad. Masson. Barcelona, 2001.
25. Cusack JR, Malaney KR, DePray DL. Insights about pathological gamblers. «Chasing losses» in spite of the consequences. *Postgrad Med* 1993;9:169-76.
26. Rosenthal RJ. The pathological gambler's system for self-deception. *J Gambl Behav* 1986;2:108-20.
27. Skinner BF. Science and human behaviour. New York: McMillan Publishing Co, 1953.
28. Brown RIF. Arousal and sensation seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *Int J Addict* 1986;21:1101-16.
29. Blaszczynsky AP, Wilson A, McConaghy N. Sensation seeking and pathological gambling. *Br J Addict* 1986;81:113-7.
30. McConaghy N, Armstrong MS, Laszczynsky AP, Alcock C. Behaviour completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behav Modif* 1988;12:371-84.
31. Gabury A, Ladoceur R. Erroneous perceptions and gambling. *J Soc Behav Personal* 1989;4:411-20.
32. Ladoceur R, Mayrand M, Tourin Y. Risk taking behavior in gamblers and non-gamblers during prolonged exposure. *J Gambl Behav* 1987;3:115-22.
33. Sharpe L, Tarrer N. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *Br J Psychiatry* 1993;163:407-12.
34. Castellani B, Rugle L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *Int Addict* 1995;30:275-89.
35. Dickerson, M. Gambling: a dependence without a drug. *Int. Rev. Psychiatry* 1989;1:152-72.
36. Griffiths M. Tolerance in gambling: An objective measure using the psychophysiological analysis of male fruit machine gamblers. *Addict Behav* 1993;18:365-72.
37. Lesieur, HR. The compulsive gamblers spiral of options and involvement. *Psychiatry* 1979;42:79-87.
38. Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can Psychiatry* 1993;38:108-12.
39. Lesieur HR, Heineman M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addict* 1988;83:765-71.
40. Blaszczynsky AP, Buhrich N, McConaghy N. Pathological gamblers, heroin addicts and controls compared on the EPQ. *Addiction Scale*. *Br J Addict* 1985;80:315-9.
41. Rozin P, Stoess C. Is there a general tendency to become addicted? *Addict Behav* 1993;18:81-7.
42. Ibáñez, A. Bases genéticas de la ludopatía. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Madrid, 1997.
43. Drummond DL, Tiffany ST, Glaudier S, Remington B. Cue exposure in understanding and treating addictive behaviours. En: Drummond DL, Tiffany ST, Glaudier S, Remington B, eds. *Addictive Behaviour*. New York: John Wiley & Sons 1995;1-20.
44. Rugle L, Melamed L. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:107-12.
45. Alcock CC. Pathological gambling. *Aust NZ J Psychiatry* 1986;20:259-65.
46. Bujold A, Ladoceur R, Sylvain C, Boisvert JM. Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994;25:275-82.
47. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disorder gambling behaviour in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999;89:1369-76.
48. Crockford D, El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. *Can Psychiatry* 1988;43:43-50.
49. Sullivan S, Abbott M, McAvoy B, Arroll B. Pathological gamblers. Will they use a new telephone hotline? *N Z Med J* 1994;107:313-5.
50. Taber J, McCormick R, Ramírez L. The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *The International J of Addictions* 1987;22:71-2.
51. Leiseur HM, Heineman M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addiction*, 1988;83:765-71.
52. Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the addiction severity index. *Br J Addict* 1991;86:1017-28.
53. Spunt B, Dupont I, Lesieur H, Liberty HJ, Hunt D. Pathological gambling and substance misuse: a review of the literature. *Subs use misuse*. 1998;33:2535-60.
54. Moreno I. Juego patológico: Estudio clínico y neuroquímico. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá, Madrid, 1991.
55. Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatry comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatry Services* 1998;49:1434-9.
56. Linden RD, Pope HG, Jonas JM. Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1986;47:201-3.
57. Lesieur HR, Blumer SB. Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admission service. *Hosp Comm Psychiatry* 1990;41:1009-12.
58. Blaszczynsky AP, McConaghy N. Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Int J Addict* 1989;24:337-50.
59. Specker SM, Carlson GA, Christeson GA, Marcotte M. Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Ann Clin Psychiatry* 1995;7:175-9.
60. McCormick RA, Russo AM, Ramírez LF, Taber JI. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 1984;142:215-8.
61. Carlton PL, Manowitz P, McBride H, Golstein L. Attention deficit disorder and pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 1987;48:487-8.
62. Cone J. Confounding comparisons in triple response mode assessment research. Ponencia presentada en el Simposium on Issues in Anxiety and Behavior Assessment. Atlanta, 1977.
63. Báez C, Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Variables predictoras de abandonos y recaídas en el juego patológico. Análisis y modificación de conducta 1995;21:5-22.
64. Roa, A. Evaluación en psicología clínica y de la salud. CEPE. Madrid, 1995.
65. Echeburúa, E, Báez, C. Concepto y evaluación del juego patológico. En: Graña J (ed). *Conductas adictivas*. Madrid: Pirámide, 1994.

66. Lessieur, H. Blume, S. The south oaks gambling screening: a new instrument of the identification of pathologic gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1987;144:1148-88.

67. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E, Báez C. Cuestionario breve de juego patológico (CBJA): un nuevo instrumento de screening. *Análisis y modificación de conducta* 1995;21:211-23.

68. Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisentsein N, Engerhart C. The Lie/Bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997;80:83-8.

69. Selzer, M. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnosis instrument. *Am. J of Psychiatry* 1971;3:176-81.

70. Ewing, J. Detecting alcoholism: The CAGE questionarie. *JAMA*, 1984;252:1905-7.

71. Feuerlein W, Ringer C, Kufner H. Diagnosis of alcoholism: The Munich alcoholism test. En: Gallanter M (ed). *Currents in alcoholism*, XXI. New York: Grunen y Stratton, 1976.

72. Rubio G, Urosa B, Santo-Domingo J. Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*, 1998;15(Supl 1): 44-7.

73. Hamilton M.A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.

74. Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.

75. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr* 1961;4:561-71.

76. Zung WK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965;12:63-70.

77. Bech P, Rafelsen O. The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scan*, 1980;62:128-31.

78. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psycho* 1959;32:50-5.

79. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto. Consulting Psychological Press. Versión española TEA Ediciones, 1970.

80. Derogatis L, Cleary P. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. A study in construct validation. *J Clin Psychology* 1977;33:981-9.

81. Derogatis L. Brief symptom inventory. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.

82. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.

83. Andreassen N. The scale for the assesment of positive symptoms (SAPS). University of Iowa, 1984.

84. Andreassen N. The scale for the assesment of negative symptoms (SANS). University of Iowa, 1984.

85. Overall JE, Gorham DR. Brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.

86. Lobo A, Ezquerro J, Gómez FB, Sala JM, Seva A. El mini examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en los pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neuro-Psiquiatr* 1979;7:189-202.

87. Golden CJ. An standardized version of Luna's neuropsychological tests. New York: Wiley-Interscience, 1981.

88. Peña-Casanova J. Programa integrado de exploración neuropsicológica: Test Barcelona. Toray-Masson, 1990.

89. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. New York: The Psychological Corporation, 1995.

90. Wechsler D. The measurement and appraisal of adult intelligence. Baltimore: Williams & Wilkins, 1958.

91. Grant DA, Berg EA. A Behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *J Exp Psicol*, 1948;38:404-11.

92. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM. The international personality disorder examination. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:215-24.

93. López-Ibor Aliño JJ, Pérez Urdaniz A, Rubio Larrosa V. IPDE. International personality disorder examination. Madrid: Meditor, 1996.

94. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin L. User's guidefor the structured clinical diagnostic interview for DSM-I y Axis II Disorders (SCID II). Washington DC: American Psychiatric Press, 1977.

95. Segura M, Sánchez P, Barbado P. Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo. Universidad de Granada, 1991.

96. Becoña E. Tratamiento del juego patológico. En: Buceta M y Bueno M (ed). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide, 1996.

97. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Manual práctica del juego patológico. Madrid: Pirámide, 1997.

98. McConagh N, Armstrong MS, Blaszczynski AP, Alcock C. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Br J Psychiatry* 1983;142:366-72.

99. McConagh, B. Blaszczynsky, A. Frankova, A. A comparison of imaginal desensibilization with other behaviural treatments of pathological gambling: a two-to nine-year follow up. *Brithis J of Psychiatry*, 1991;159:390-3.

100. Echeburúa E, Báez C. Fernández-Montalvo J. Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento del juego patológico. *Analisis y modificación de conducta* 1994;20:617-43.

101. Echeburúa E, Báez C. Fernández-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutics modalities in the psychological treatment of pathological gambling: longterm outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1996;24:51-72.

102. Toneatto T. Cognitive psycopatology of problem gambling. *Subst Use Misuse* 1999;34:1593-604.

103. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al. Cognitive treatment of pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:774-80.

104. Bombín B. Enfoques farmacológicos: serotonina y ludopatía. En: Bombín (ed): *El juego de azar: patología y testimonios*. Valladolid. Junta Castilla y León, 1992.

105. Gamblers Anonymous. *Sharing recovery trough*. Gamblers Anonymous Publishing, 1984.