Juego patológico.

Ángeles González Ibáñez.
Doctora en Psicología. Responsable de la
Unidad de Juego Patológico.
Ciutat Sanitária i Universitària de Bellvitge. Barcelona.

Concepto de juego patológico.

La conducta de jugar, intrínseca en el hombre e íntimamente relacionada con sensaciones de placer, puede convertirse en una conducta problemática de graves consecuencias. Se considera que es una conducta patológica cuando el individuo pierde la libertad de jugar y el juego pasa a ser una necesidad prioritaria, con el consiguiente deterioro de la vida individual, familiar y social.

Esta conducta problemática ha tenido dificultades de conceptualización, desde que Freud (1) la describe por primera vez en 1928, al realizar un estudio analítico de "El jugador" de Dostoyevski. De hecho, se ha intentado ofrecer una explicación de esta conducta desadaptativa, desde el psicoanálisis, el conductismo y la etología.

En 1979, Rickey Greene (2), de la Unidad de Abuso de Alcohol, Narcóticos y Drogas del Departamento de Salud de New Jersey publica un artículo denominado "Un estudio preliminar del juego compulsivo en New Jersey". Desde ese momento, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (3) reconoce formalmente este trastorno con el nombre de juego patológico, más preciso que el término común juego compulsivo, ya que la conducta suele ser egosintónica y lo incluye en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III), (3) en el apartado de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. En 1987, la APA (4) reconoce que el juego patológico es un trastorno similar al alcoholismo o a la dependencia a sustancias psicoactivas y aunque el DSM-III-R lo sigue incluyendo en el mismo apartado, modifica los criterios, que son prácticamente equivalentes a los utilizados para la dependencia a sustancias psicoactivas.

En la Octava Conferencia Internacional sobre juego, que tuvo lugar en Londres el año 1990, todas las comunicaciones abordaron el juego patológico dentro de la teoría general de las adicciones. Rosenthal y Lesieur (5), recogiendo la opinión unánime de considerar el juego patológico como un trastorno de tipo adictivo, presentaron una propuesta descriptiva sobre el juego patológico para el texto del DSM-IV. Se define como un deterioro del control de la conducta de juego, que se manifiesta por un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. El sujeto seguirá jugando, a pesar de

que su conducta distorsiona o lesiona objetivos personales, familiares o profesionales. Los criterios diagnósticos estarían dentro de las siguientes categorías:

1) Progresión.
2) Preocupación.
3) Intolerancia a las pérdidas.
4) Indiferencia a las consecuencias.

Proceso del juego patológico.

El proceso que sigue un jugador, desde el día en que, tal vez de forma casual, se inició en el juego, hasta que llega a la situación en que ha perdido el control del mismo, convirtiéndose entonces en jugador patológico, parece ser hoy por hoy bien conocido. Es un proceso que acontece de forma muy similar a todos aquellos jugadores que acaban entregados a una conducta, que más allá de constituir una satisfacción, se ha convertido en su mayor problema. En este proceso, no sólo cambia la manera en la que el jugador juega, la frecuencia en que lo hace o el significado que para él tiene, sino que cambian también otros aspectos de su vida, los más importantes podríamos decir, arrastrados por el poder implicador del juego. De la mano del juego van a evolucionar las relaciones familiares, la situación laboral del jugador, el concepto que tiene de sí mismo y del mundo que le rodea, y como no, su situación económica. Y se van a generar las condiciones propicias para que nuevas conductas, siempre en un plano deteriorante, se incorporen a sus sistema de vida. Estas son, por ejemplo, las conductas delictivas a las que no pocos jugadores patológicos se han visto inevitablemente abocados(7).

Según Custer (8), todo tipo de juego genera una cantidad de estrés y tensión que va a convertirse en el principal factor favorecedor de su mantenimiento. Este estrés se genera principalmente a causa de las pérdidas financieras que el jugador sufre y también a causa del sentimiento de inadecuación personal y baja autoestima que el jugador experimenta cuando pierde. En caso de ganar, se genera un estado de euforia y una recuperación de la autoestima que le hace sentirse como que es una persona respetable, con influencias, importante, sentimientos tales que le incitan a seguir jugando. De este modo, tanto en caso de perder como en caso de ganar, el jugador experimenta un estado de tensión, que le impulsa a continuar con el juego y le dificulta el poder abandonarlo.

El juego patológico sigue un proceso de desarrollo cuyo inicio suele darse en la adolescencia, con pequeñas apuestas. Aunque de hecho, puede iniciarse a cualquier edad, transcurriendo un intervalo de tiempo variable, normalmente de unos cinco años, desde el momento que la persona se inicia en el juego hasta que se produce la pérdida de control. Parece que algunas

personas se sienten ya "enganchadas" desde el primer momento, sobre todo cuando en sus primeras apuestas ocurrió una gran ganancia, mientras que otras personas parecen haberse implicado en el juego a raíz de una dolorosa pérdida financiera ocurrida en sus primeros intentos, y que les incitó a seguir jugando para recuperar.

Desde el punto de vista de Custer (8), se producen unos patrones uniformes de desarrollo y progresión en el juego patológico, y describe tres fases de progresiva implicación en el juego, cuyas características y complicaciones son propias y predecibles.

1. Fase de ganancia:

Al principio el jugador atraviesa un período de suerte donde se producen episodios frecuentes de ganancias. Estos conducen a una mayor excitación por el juego, con lo que el jugador empieza a apostar con más frecuencia, creyéndose además que él es un jugador excepcional. La mayoría de jugadores sociales no van más allá de esta fase, que puede continuar unos pocos meses más o varios años. Pero el jugador patológico invariablemente tiene una historia en la cual ha habido un episodio de una importante ganancia. La ocurrencia de este hecho establece en la mente del jugador que ello puede suceder, y le crea expectativas de que puede repetirse en el futuro, con una ganancia incluso mayor.

2. Fase de pérdida:

La ocurrencia de una gran ganancia significa el final de la primera fase y el inicio de la segunda o fase de pérdida. En este punto, se establece una actitud excesivamente optimista en el jugador, actitud que es característica en el estilo del jugador patológico y que le conduce a aumentar significativamente la cantidad de dinero que arriesga en el juego. La conducta de juego pierde su contexto social y el jugador comienza ahora a jugar solo. Debido a este aumento en la cantidad de dinero apostado, se van a producir fuertes pérdidas, difíciles de tolerar, y es entonces cuando el jugador empieza a jugar con el propósito no ya de ganar, sino de recuperar lo perdido. Jugar con el propósito de recuperar es un patrón de conducta que los propios jugadores han calificado como el pecado capital del juego.

Así pues, con un optimismo desenfrenado, el jugador va aumentando progresivamente las cantidades de dinero que apuesta, lo cual inevitablemente le lleva a sufrir fuertes pérdidas, que debe restablecer urgentemente. Busca nuevas fuentes de las que obtener dinero para emplear en el juego. Los préstamos van a constituirse en

una de esas fuentes. El dinero así obtenido, lo mismo que al ganar en el juego, está disponible rápidamente y requiere poco o ningún esfuerzo. A pesar de que habrán de efectuarse futuros pagos, la expectativa de que el juego proveerá el dinero necesario para cubrir dichos pagos, minimiza el problema a los ojos del jugador.

Pero los elevados préstamos se convierten en una nueva presión para el jugador, que le hace seguir jugando y aumentar cada vez más las cantidades de dinero que emplea en el juego, ya que su propósito consiste ahora no sólo en recuperar, sino en recuperar mediante el juego el dinero que debe y poder devolverlo rápidamente.

A medida que aumenta su preocupación por el juego, las relaciones familiares y laborales se van deteriorando. Trata de esconder su problema de juego a la familia y a causa de sus excusas y engaños, se deteriora la relación con el cónyuge. En su empleo, empieza a disminuir su nivel de productividad y a perder horas de trabajo.

Aunque algunas veces se producen ganancias durante esta fase, éstas son siempre menores que la cantidad de dinero a que ascienden los préstamos. Es por esto que el jugador sólo paga en estos momentos las deudas más urgentes, y se reserva todo el dinero que puede para asegurarse una rápida vuelta al juego. Pero las fuentes de crédito legales se van agotando, y la presión de los acreedores aumenta amenazando peligrosamente la seguridad y discreción del jugador. Estas presiones conducen a un estado financiero crítico del cual el jugador sólo puede salir obteniendo rápidamente una cantidad importante de dinero.

Llegado este momento, el jugador ha de confesarse, al menos en parte, a la familia, rogando se le conceda un voto de confianza y solicitando un dinero por el cual poder salir de sus apuros. Es un momento de tregua, en el cual queda implícito un acuerdo por parte del jugador de dejar de jugar. Esta tregua parece ser particularmente destructiva, pues no permite que el jugador asuma sus responsabilidades. Sólo conduce a generar un optimismo poco razonable, el mismo que el jugador experimentaba en aquellos primeros momentos de ganancia, al crear la ilusión de que en definitiva, nunca ocurrirá algo realmente desastroso. Cualquier cese de juego ocurrido después de este momento de tregua durará muy poco.

3. Fase de desesperación:

El momento de tregua marca el final de la fase de pérdida e inicia la fase de desesperación. En esta fase es probable que se produzcan varios momentos en los que se concede una tregua al jugador, desgastándose en cada uno de ellos el interés sincero que en un

principio habían mostrado los familiares por el problema de jugador, hasta que éste se quedará alienado en su propia familia, que le ha ido prestando dinero y se da cuenta que el dinero no ha sido devuelto y que la conducta de juego persiste.

Emerge un estado de pánico a causa de la concienciación de varios factores:

a) una gran deuda
b) un deseo de devolver el dinero rápidamente
c) el sufrimiento que produce la alienación de la familia y amigos
d) el desarrollo de una reputación negativa en la comunidad
e) un deseo nostálgico de recuperar las agradables sensaciones de aquellos primeros días de ganancias.

Las características principales de esta fase son la intensidad consumidora que el juego alcanza y el aparente desentendimiento por parte de familiares, amigos o trabajo. Bajo esta presión y la falta de dinero disponible o de sistemas de préstamo legales a los que acudir, se incrementa el riesgo de buscar vías de préstamos ilegales o de delinquir. La falsificación de cheques es la vía más comúnmente utilizada por los jugadores patológicos para conseguir dinero y seguir jugando. Los jugadores racionalizan su conducta delictiva, alegando que lo que en verdad pretenden, es devolver el dinero que deben. Esto, de alguna manera, justifica ante sí mismos sus acciones.

En esta etapa, pocos jugadores son capaces de continuar en su empleo o negocios. El nerviosismo, irritabilidad e hipersensibilidad del jugador se incrementan hasta el punto de afectar conductas instintivas como el sueño y la alimentación. Todavía ahora se producen algunas ganancias ocasionales, que conducen a un juego más intenso y a mayores pérdidas. Al final de esta fase, la situación del jugador es verdaderamente desoladora.

No podemos considerar al jugador patológico como a alguien en quien hacer recaer la completa responsabilidad de sus acciones y de las consecuencias que de ellas se derivan. Es verdad que toma una participación activa en el proceso que acabamos de describir, pero también es cierto que al mismo tiempo lo sufre, como víctima de una serie de presiones que se van generando en torno a él. El es el punto de origen del proceso que se desencadena, pero a la vez se convierte en un elemento más entre tanto otros, que queda arrollado en este proceso y ha de seguir inevitablemente su inercia.

Epidemiología del juego patológico.

Siempre que se estudia un problema de salud, es de vital importancia conocer su prevalencia. Saber a cuántos sujetos afecta, así como a qué tipo de población, nos orientará para poner en marcha adecuados programas de prevención y tratamiento.

Estudios americanos (9) observan un incremento de la patología del juego, paralelo al número de apuestas en el juego legalizado. Este incremento afecta a la población en general, independientemente del sexo, raza, cultura y nivel socioeconómico (10). Sin embargo, hay una preocupación generalizada sobre la elevada incidencia de juego patológico en población de riesgo como jóvenes, mujeres y grupos minoritarios (11,12,13) por lo que se insiste en la necesidad de programas educativos. Los expertos señalan que el aumento de juegos legalizados junto con la facilidad para jugar y la publicidad, han repercutido en la incidencia de este trastorno, ya que a más oferta de juego, más oportunidad de jugar y mayor número de jugadores patológicos (14). Estos aspectos favorecedores de la conducta de jugar, son los mismos que tenemos en nuestro país y en cambio hay muy poca información sobre el alcance y la gravedad del problema (15,16,17,18).

Con toda seguridad, Estados Unidos es el país que tiene un mayor conocimiento de este trastorno y los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento ofrecen información sobre los siguientes aspectos:

1) Incidencia del juego patológico y las características demográficas de los jugadores patológicos en población general, en centros de tratamiento y en Jugadores Anónimos
2) Juego patológico en población joven
3) Preferencias de juego de los jugadores patológicos en población general, en centros de tratamiento y en Jugadores Anónimos
4) Repercusión del juego patológico en la familia, en el trabajo y en la economía
5) Juego patológico y conducta delictiva
6) Trastornos psiquiátricos en el juego patológico.

Estimaciones de prevalencia de juego patológico en población general.

El primer estudio sobre la incidencia de juego patológico en población general, se realizó en 1974. Esta investigación determinó que en EEUU existían 1,1 millones de "probables jugadores compulsivos" y un total de 3,3 millones de "potenciales jugadores compulsivos", lo que representaba el 0,77% y el 2,33%, respectivamente, de la población adulta (19). Posteriormente, este estudio ha sido criticado por usar medidas indirectas y utilizar una división arbitraria entre las categorías "probable" y "potencial".

Posteriormente, se han realizado investigaciones más sistemáticas en

diferentes estados de EEUU y Canadá. Entre ellas, las efectuadas por Culleton y Lang (20) en Ohio y por Culleton (21) en Delaware Valley. En Ohio se halló que el 2,5% de la población adulta constituía el grupo de "probables jugadores patológicos", mientras el 3,4% eran "potenciales jugadores patológicos". En Delaware Walley un 3,4% de la población fueron clasificados de "probables jugadores patológicos" y un 4,1% de "potenciales jugadores patológicos".

En un estudio diferente realizado por Sommers (22) con una muestra de 534 adultos y utilizando el Inventory of Gambling Behavior (IGB) (23) basado en variables conductuales, se obtuvo un 3,37% de "probables jugadores patológicos" y un 4,12% de "potenciales jugadores patológicos".

Los estudios más recientes han unificado la utilización del South Oaks Gambling Screen (SOGS) (24) como medida del problema facilitando la comparación de los datos obtenidos en diferentes investigaciones. Volberg y Steadman (25,26) encuentran que en el estado de New York hay un 1,4% de probables jugadores patológicos y un 2,8% de jugadores problema. En el estado de New Jersey idénticos resultados y en Maryland un 1,5% de probables jugadores patológicos y un 2,4% de jugadores problema. Ladouceur (27) informa la existencia en la ciudad de Quebec de un 1,2% de probables jugadores patológicos y un 2,6% de jugadores problema. En Alemania, Buhringer y Konstanty (28), examinan la conducta de juego en máquinas recreativas con premio de 3.528 hombres y 4.115 mujeres. Los resultados muestran que un 10,2% de los sujetos tiene una conducta de juego habitual y un 0,7% de éstos, presentan una intensa conducta de juego (5 horas o más por semana). En Noruega, Gotestam (29) estima un incremento de la conducta de juego de, aproximadamente, un 50% en un período de 5 años.

Becoña (16) realizó un estudio epidemiológico en población general con una muestra de 1.615 sujetos mayores de 18 años y residentes en las siete mayores ciudades de Galicia. Los resultados obtenidos, a partir de los criterios DSM-III-R para juego patológico, fueron que un 1,73% de los sujetos eran jugadores patológicos y un 1,60% jugadores problema. Estos datos no pueden compararse con los estudios mencionados anteriormente, ya que no se utilizaron los mismos instrumentos de evaluación. Por su parte, Legarda y cols. (17), realizan un estudio de prevalencia de juego patológico en la ciudad de Sevilla, utilizando el SOGS (24). Sus resultados indican que un 1,7% de la población son probables jugadores patológicos y un 5,2% jugadores problema.

Características demográficas de los jugadores patológicos en comparación con la población general.

A partir de los estudios epidemiológicos antes comentados, realizados en EEUU y Canadá, surge un perfil bastante común del jugador patológico. En mayor proporción que entre la población general, los jugadores patológicos y

problema detectados son varones, menores de 30-35 años, solteros, de raza no blanca, que ganan 25.000$ o menos al año, que no han concluido sus estudios secundarios y con mayor tasa de desempleo que la población general. No obstante, Volberg y Steadman (26), no hallan diferencias significativas entre el grupo de jugadores patológicos y la población general, respecto a las variables edad, nivel de ingresos y nivel educativo. Por el contrario, Ladouceur (27) halló una mayor proporción de jugadores patológicos con los estudios concluidos.

Los datos obtenidos por Becoña (16) muestran un perfil que se caracteriza por una mayor proporción de hombres, con una edad comprendida entre 18 a 30 años y con un nivel de escolarización bajo (leer y escribir). Legarda y cols. (17), muestra el siguiente perfil de jugador patológico: hombre, de una edad comprendida entre 31 y 57 años, casado, con estudios primarios, con trabajo fijo y con unos ingresos anuales entre 1 y 2 millones de pesetas.

Preferencias de juego de los jugadores patológicos en población general.

Volberg (30) informa sobre las preferencias de juego de los jugadores patológicos y problema en comparación con la población general, encontrando diferencias significativas. Los juegos preferidos por los jugadores son las cartas, las apuestas deportivas, los juegos de habilidades y los dados, por este orden.

Las preferencias de juego de los jugadores patológicos en comparación con la población general en Galicia (16), son las máquinas recreativas con premio, las loterías (ONCE, lotería primitiva, el cuponazo), el bingo, la bonoloto, las cartas y la lotería nacional.

Juego patológico en población joven.

A pesar de que la mayoría de trabajos sobre juego patológico se han realizado con población adulta, cada vez hay más autores que se interesan por los problemas de juego infanto-juveniles. En este sentido, la mayoría de estudios han intentado establecer la prevalencia de juego de apuestas entre adolescentes.

Los trabajos realizados informan que la conducta de juego está presente en una gran proporción de adolescentes, siendo su prevalencia mayor que en los adultos (25,31,32).

Respecto al tipo de juego preferido por los adolescentes, la Oficina de Estudios de Mercado Británico (BMRB) realizó un estudio en el año 1986, en el que concluyó que las máquinas recreativas eran el tipo de juego más popular

entre los adolescentes (33). Moran (34), también observó que las máquinas recreativas eran la forma de juego más común entre los alumnos de enseñanza media y que esta modalidad de juego era la que generaba más problemas. Barham y Cornell (35) señalaron que un 3,2% de su muestra de 329 jóvenes jugadores de máquinas recreativas había robado para financiar su conducta de juego. También observaron absentismo escolar, tráfico de drogas y prostitución. En 1988, el "UK National Housings and Town Planning Council" (36) hizo un estudio en 9.572 escuelas de diecisiete zonas británicas diferentes y concluyó que el 16,7% de los estudiantes utilizaba el dinero de la comida para jugar, un 7,4% había robado para financiar su juego y el 6,2% mostró absentismo escolar. Fisher (12) informa en un trabajo realizado con estudiantes, con edades comprendidas entre 11 y 16 años, que el 62% de los sujetos de la muestra jugaba a máquinas recreativas, de éstos un 17,3% lo hacía al menos una vez a la semana y un 5,7% de forma patológica. La conducta de juego patológica correlacionaba con el hecho de jugar con dinero a otro tipo de juegos, el consumo de cigarrillos y alcohol, la afición a video-juegos, antecedentes familiares de problemas de juego, el jugar en solitario y el inicio precoz (8 años o antes).

El interés despertado por las máquinas recreativas en el Reino Unido, es similar a la preocupación sobre los videojuegos existente en EEUU. En este sentido, Griffiths (37) realizó un análisis comparativo entre los videojuegos y las máquinas recreativas, en el que afirmaba que ambos juegos eran potencialmente adictivos.

Prevalencia de juego patológico en centros de tratamiento profesional.

Volberg y Steadman (25) observaron diferencias epidemiológicas y demográficas entre los probables jugadores patológicos que encontraban en población general y los que acudían en busca de tratamiento profesional. Así halla en estos últimos un 93% de varones, un 91% de raza blanca y un 83% mayores de 30 años frente a un 64%, 57% y 62% en la población general.

Los pocos estudios que existen en la literatura son principalmente resultado de muestras obtenidas entre jugadores patológicos en programas de tratamiento. En esta línea tanto Volberg (30,13) en un estudio que incluye cinco estados americanos, como Lesieur (9) en una muestra de 155 jugadores encuentran un alto porcentaje de varones, de raza blanca, casados, graduados en High School con una edad comprendida entre los 30 y los 40 años.

En España, González Ibáñez (38) también encuentra entre jugadores patológicos en programas de tratamiento, un predominio de varones (86.7%), casados (71,7%), con una edad comprendida entre los 25 y los 40 años (50%). La mayoría de estos jugadores han cursado estudios primarios (70%), tienen una actividad laboral cualificada (53%) y pertenecen a un nivel socioeconómico

medio (77%). Respecto al tipo de juego, la mayoría de ellos prefiere las máquinas recreativas con premio. Estos resultados no se diferencian de los encontrados en estudios previos (15, 18).

Factores implicados en la conducta de juego patológico.

Hay una impresión generalizada de que los jugadores tendrían unas características biopsicosociales que les haría vulnerables a la adicción. Por otra parte, algunos trabajos han demostrado que los jugadores constituirían un grupo heterogéneo (14,39,40,38) y que podría ser de utilidad la identificación de subgrupos más homogéneos.

Factores biológicos.

Los estudios sobre marcadores están empezando. Hay pocos trabajos y con muestras pequeñas. Se propone que un Trastorno por Déficit de Atención (TDA) en la infancia, podría ser un posible factor de predisposición, dado que se han encontrado alteraciones electroencefalográficas en los jugadores patológicos, que podrían corresponder a una forma residual de TDA (41). Hay que señalar, sin embargo, que estos déficits son extremadamente sutiles, detectados por análisis computerizados sofisticados y no indican déficits neurológicos.

Los trabajos sobre niveles de endorfina plasmática, han demostrado que no hay diferencias entre sujetos con una conducta patológica de juego y sujetos control. Sí, en cambio, según el tipo de juego (42).

El trabajo de Roy y cols. (43), sugiere la hipótesis de un trastorno funcional en el sistema noradrenérgico, en el sentido de un aumento de la disponibilidad de noradrenalina en el SNC, lo que corrobora la hipótesis de Zuckerman, que establece una actividad noradrenérgica aumentada como base biológica del rasgo de personalidad "búsqueda de sensaciones", reiteradamente relacionado con el juego patológico.

Otros estudios (44) sugieren que el jugador patológico presenta niveles bajos de serotonina, que explicarían su conducta impulsiva. Sin embargo, son necesarios más trabajos que corroboren este déficit funcional de la actividad serotoninérgica cerebral.

Una última línea de investigación es la que hace referencia a la vulnerabilidad genética, como factor de predisposición en la aparición del juego patológico. Aunque la evidencia del peso de este factor es todavía indirecta, aproximaciones a modelos familiares de depresión y juego (14) destacan tasas elevadas de jugadores patológicos entre los familiares de pacientes con

trastornos afectivos.

Factores psicológicos.

Los estudios que intentan identificar posibles factores de predisposición psicológica, abarcan diferentes aspectos: estado afectivo, nivel de activación, búsqueda de sensaciones, impulsividad, relación entre juego patológico y abuso de sustancias, aspectos cognitivo-conductuales e investigaciones sobre personalidad.

La implicación del estado afectivo en el juego patológico parece ser evidente, aunque por el momento es polémico el carácter primario o secundario del mismo. Taber, McCormick y Ramírez (45) sugieren que la conducta de juego puede ser una estrategia para superar el estado de ánimo depresivo. En la misma dirección, Roy, Custer, Lorenz y Linnolia (43) ponen a prueba la anterior hipótesis y concluyen que, por el contrario, la depresión parece estar ligada a los efectos negativos de la conducta de juego. De forma que la depresión parece ser más la consecuencia que la causa del juego patológico. En este sentido son también los
trabajos de Blaszczynski y McConaghy (46), y González Ibáñez (38).

Brown (47) en una revisión teórica sobre el arousal, sugiere que si alguna forma de arousal es un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de conductas normales de juego, éste ejercerá un papel más relevante todavía, en el desarrollo y mantenimiento de la adicción al juego.

Griffiths (33), considera la posibilidad de que el arousal estuviera relacionado con las endorfinas. Si un jugador regular empezara a experimentar una elevación del arousal mientras juega, su organismo estaría produciendo endorfinas. A mayor conducta de juego, el jugador experimentará mayor tolerancia, lo cual provocará que éste tenga que aumentar la frecuencia de su conducta, para conseguir el efecto deseado.

La teoría de la implicación del arousal y la búsqueda de sensaciones en la conducta de juego es el objetivo de diversos trabajos, entre los que se encuentra el de Anderson y Brown (48). Los autores concluyen que la teoría explicativa de la conducta de juego, parece interaccionar los sistemas cognitivo-cortical, autonómico-afectivo y somático-estrés.

Respecto al rasgo impulsividad, destaca un trabajo realizado por Allcock y Grace (49) en el que se cuestionan si el juego patológico puede considerarse como un trastorno del control de los impulsos. Los resultados mostraron que los jugadores patológicos no se diferenciaban significativamente de los controles, en cuanto a impulsividad y búsqueda de sensaciones. Este estudio muestra la ausencia de impulsividad del jugador patológico y refuerza la

descripción de esta patología como una conducta desadaptativa aprendida. No son ni buscadores de sensaciones ni impulsivos, pero les excita el juego. Frente estos datos, los autores sugieren que debería discutirse la clasificación del juego patológico como un trastorno del control de los impulsos y apoyan la descripción de "conducta desadaptativa". Otros estudios han confirmado, también, que los jugadores no puntúan más alto que los controles en búsqueda de sensaciones (49,48).

McCormick (50), en un artículo sobre la importancia del aumento de las habilidades de afrontamiento durante el tratamiento del jugador patológico, concluye que los pacientes con problemas graves de juego utilizaron significativamente estilos impulsivos de afrontamiento.

Respecto al rasgo búsqueda de sensaciones, los resultados del estudio de Coventry y Brown (51) demuestran que, en comparación con la población general y con los no jugadores, los corredores de apuestas puntúan más bajo en búsqueda de sensaciones. En cambio, los jugadores que prefieren el casino y/o los hipódromos puntúan más alto en esta variable. El número de participación en diferentes formas de juego se asocia con la elevación en búsqueda de sensaciones. El estudio de Coventry y Brown (51), sugiere que la búsqueda de sensaciones es una variable que tiene mucha importancia tanto en la elección del juego como en la forma en que éste se desarrolla.

González Ibáñez (38), en su estudio sobre 60 jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio, concluye que los sujetos de su muestra son poco impulsivos y poco buscadores de sensaciones. Asimismo observa, a partir de la identificación de tres grupos homogéneos de jugadores patológicos, que los sujetos que presentan mayor psicopatología, obtienen puntuaciones más elevadas en impulsividad y búsqueda de sensaciones, siendo su conducta de juego más grave.

En cuanto a los estudios de personalidad de los jugadores patológicos que utilizan pruebas psicométricas, destacar la presencia de diferentes perfiles de personalidad. Ahora bien, las escalas que constituyen dichos perfiles se repiten aunque con diferente orden. Como señalan Moravec y Mundley (52) la escala de desviación psicopática aparece elevada en los diferentes perfiles del jugador patológico. Lo mismo ocurre con las escalas de depresión, psicastenia y esquizofrenia. En un trabajo realizado por González Ibáñez y cols. (39), se observa que la tristeza, el aislamiento social, la ansiedad, la impulsividad, la irritabilidad y el escaso cumplimiento de normas sociales, son los rasgos que caracterizan a su muestra.
Blaszczynski y McConaghy (53), en un estudio sobre personalidad antisocial y juego patológico, concluyen que mientras los rasgos de trastorno antisocial pueden considerarse como un factor de riesgo para la conducta delictiva, no hay evidencia de que la mayoría de jugadores patológicos, que han realizado conductas delictivas, tengan un trastorno antisocial de la personalidad.

Moran (54) sugiere cinco variedades del Síndrome de Juego Patológico. 1). Juego subcultural: Resultante de los antecedentes del individuo como "gran jugador".2). Juego impulsivo. Asociado a una pérdida de control y ambivalencia. 3). Juego neurótico: Como respuesta a una situación estresante o problema emocional. 4). Juego psicopático: Como parte de una psicopatía global. 5). Juego sintomático: Dentro de un contexto de enfermedad mental.

Moran (50) concluyó que los grupos "subcultural" e "impulsivo", eran similares en sus manifestaciones clínicas. A pesar de ello, los impulsivos se caracterizaban por una pérdida de control más allá de la que concierne al juego.

El abuso de sustancias y el juego patológico tienen aspectos comunes (niveles de arousal, modelos de abstinencia y recaída, abordajes terapéuticos), tal como lo demuestran Lesieur y Heineman (55).

El estudio de los aspectos cognitivos, implícitos en la conducta del jugador patológico, ha originado una proliferación de trabajos, aunque las dificultades inherentes a las cogniciones, han obligado a utilizar, en ocasiones, procedimientos metodológicos dudosos.

Letarte, Ladouceur y Mayrand (56) postulan que el juego por sí solo podría crear una percepción ilusoria de control en los sujetos. Los jugadores consideran que las ganancias dependen de sus habilidades, mientras que las pérdidas son debidas a la mala suerte. Una interpretación del juego podría explicarse en términos de atención selectiva: el individuo sería consciente de sus ganancias e ignoraría sus pérdidas.

El gusto por el riesgo sería una característica de los jugadores patológicos y una consecuencia de la necesidad de poder. Los jugadores que tienen esta necesidad de poder arriesgan, básicamente para ser el centro de atención, para que los demás piensen que son grandes jugadores. Lo importante para ellos no es la probabilidad de ganar sino la de ser el centro de atención.

Otra línea de investigación hace referencia a la relación entre el locus de control y las conductas de riesgo. Los sujetos con un locus de control interno tienen preferencias por situaciones de riesgo intermedias. En cambio, los sujetos con un locus de control externo se caracterizan por preferir conductas de alto riesgo (57). En un intento de verificar la asociación entre los hábitos de juego y la naturaleza de las verbalizaciones a lo largo del juego, Gaboury, Ladouceur, Beauvais, Marchand y Martineau (58), concluyen que el predominio de los pensamientos irracionales será inherente a la situación de juego, independientemente del tipo de juego.

Los individuos con hábitos regulares de juego, manifiestan comportamientos cognitivos irracionales susceptibles de producir el mantenimiento del juego. El individuo que se entrega a un juego de apuestas pierde rápidamente la dimensión del azar y centra su atención en los medios susceptibles de mejorar sus ganancias, que seguramente serán ilusorios. Esta distorsión cognitiva debe ser corregida.

Dentro de la línea de intentar averiguar qué factores motivan a un individuo a jugar, a pesar de las pérdidas considerables, se ha sugerido (58) que los individuos creían en sus habilidades para desafiar la suerte. O sea, los individuos intentarían controlar su entorno usando estrategias. Los factores que pueden causar esta ilusión de control incluyen competición, posibilidades de elección, compromiso activo o pasivo, familiaridad, etc.

Existe la creencia de que "el estar a punto de ganar" refuerza la conducta de juego, incluso en juegos de azar donde la probabilidad de ganar es constante. Los efectos a corto plazo del "estar a punto de ganar" confirman la estrategia del jugador. Son reforzantes, ya que producen una excitación similar al de las jugadas ganadas y, al mismo tiempo, producen una ilusión de control. Los efectos a largo plazo de este fenómeno, serían que el jugador juegue más y por más tiempo (60).

Factores sociales.

Como señalan McCormick y Ramírez (14), el proceso de socialización es una variable crítica en el desarrollo del juego patológico. El grado con el que el individuo aprende a interactuar competente y eficazmente con el entorno, influye en el desarrollo de su ego. Es común encontrar en el jugador creencias irracionales acerca de su propia "incompetencia". Cree que nada de lo que haga será suficiente y que nunca podrá superarse. El juego le ofrece la oportunidad de conseguir un "éxito espectacular", que le permitirá ganar la aprobación y reconocimiento que nunca conseguirá de otro modo.

Los acontecimientos vitales estresantes -muerte de un pariente, divorcio, nacimiento de un hijo, enfermedad física, pérdida de un trabajo, etcétera-, también parecen tener una significación en el desarrollo de este trastorno. La reacción del jugador a estos eventos y los mecanismos que establece para ajustarse a sus consecuencias contribuyen, junto con el estilo de personalidad del individuo, a la aparición del trastorno.

Procedimientos e instrumentos de evaluación del juego patológico: clínicos y conductuales.

La evaluación diferencial del juego patológico tiene como objetivo

realizar un diagnóstico acertado y comprobar la eficacia del tratamiento. El procedimiento consiste en administrar el protocolo de la evaluación antes, durante y después del tratamiento.

Dicha evaluación comprenderá la historia clínica, la historia de la conducta de juego, la valoración de la patología específica de juego, las actitudes, hábitos y conducta de juego, los posibles factores implicados en una conducta de juego patológica y la eficacia del tratamiento.

Los instrumentos de evaluación conductual, que intentan valorar objetivamente este problema, son escasos. O dicho de otra manera, existen muchos instrumentos, pero pocos están validados y adaptados a la población que se quiere estudiar. Al mismo tiempo, no se dispone de información de la conducta de juego patológico, obtenida a través del análisis funcional.

Quizá una de las razones de lo manifestado anteriormente sea que no existe una tradición conductual en el abordaje terapéutico de este trastorno. Es de esperar que a medida que haya más trabajos controlados que ofrezcan resultados sobre este tipo de intervención, también se desarrollarán protocolos de evaluación y tratamiento más sistematizados.

Evaluación clínica.

Rosenthal (61) propone una valoración clínica del juego patológico que se basa en los siguientes aspectos: Diagnóstico del problema de juego del paciente; establecimiento de la severidad del problema; reconocimiento de otros trastornos mentales o físicos, incluyendo otras adicciones; historia de la conducta de juego, incluyendo factores desencadenantes y la progresión del trastorno; factores reales específicos y establecimiento de la línea base para compararla en el futuro.

Evaluación conductual.

Al revisar la literatura sobre los métodos de evaluación conductual del juego patológico, observamos que se utilizan instrumentos que intentan evaluar los siguientes aspectos:

1) Identificación de la patología específica de juego patológico.
2) Actitudes, hábitos y conducta de juego.
3) Posibles factores implicados en una conducta de juego patológico
4) Eficacia del tratamiento.

Los instrumentos más utilizados son los cuestionarios o autoinformes. Sin embargo, llama la atención la escasa o nula utilización de autorregistros y del análisis funcional. Por otra parte, la mayoría de autoinformes no están

validados. Se observa, en muchos de los estudios consultados, la elaboración por parte de los autores, de sus propios instrumentos de evaluación, sin que haya una explicación detallada de los mismos.

En cuanto a la evaluación de la patología específica de juego patológico, el cuestionario más utilizado es el SOGS (The South Oaks Gambling Screen), de Lesieur y Blume (24).

González Ibáñez (7,38), propone un protocolo de evaluación que incluye:

1) Entrevista clínica con la exploración psicopatológica y el diagnóstico diferencial
2) Cuestionario general de salud
3) Entrevista de hábitos de la conducta de juego basada en el análisis funcional
4) Autorregistro de la conducta de juego durante el período de evaluación
5) Evaluación conductual para valorar gravedad de la conducta de juego, psicopatología, abuso de sustancias, estado afectivo, arousal, impulsividad, locus de control y acontecimientos vitales estresantes.

Tratamiento del juego patológico.

En el siglo XIX se concebía al jugador patológico como un pecador o un delincuente. A través de los años, esta concepción ha ido variando hasta llegar al modelo médico de enfermedad. Paulatinamente, la sociedad ha ido adquiriendo conciencia de este problema y actualmente el jugador patológico ha pasado de ser un "vicioso" a una persona que precisa de un abordaje especializado.

Basándose en el supuesto teórico que considera el juego patológico dentro del marco de una teoría general de las adicciones, se han propuesto modelos de tratamiento que, aunque adaptados, están sustentados en programas de tratamiento, que ya existían para el alcoholismo.

La mayor parte de programas de tratamiento americanos, ya sean ambulatorios o en régimen de internamiento, están orientados hacia el consejo profesional, las psicoterapias grupales y la asistencia a Jugadores Anónimos. Los grupos de autoayuda siguen siendo una modalidad importante de tratamiento, siendo Jugadores Anónimos el grupo más expandido.
La mayoría de programas de tratamiento para los jugadores patológicos utilizan una combinación de terapia individual y grupos de autoayuda. Lesieur (9) informa que el equipo terapéutico incluye psicólogos, psiquiatras, consejeros en alcoholismo, juego patológico y familia.

El abordaje del juego patológico se ha venido realizando desde diferentes orientaciones psicológicas como el psicoanálisis, los grupos de autoayuda, el consejo profesional y la modificación de conducta.

En cuanto a la psicoterapia psicoanalítica, hay muy pocos estudios sobre esta modalidad de abordaje terapéutico en el juego patológico, aplicándose cada vez con menos frecuencia en los problemas de tipo adictivo, ya que los resultados no son muy satisfactorios.
Los trabajos que aportan datos sobre la eficacia de grupos de autoayuda son escasos y tampoco hay estudios comparativos con otros modelos de tratamiento. La asistencia a Jugadores Anónimos puede resultar útil como complemento de otros procedimientos terapéuticos.

El Consejo Profesional es la forma de intervención más utilizada en EEUU. De hecho, hay cuatro programas gubernamentales de asistencia a los jugadores patológicos basados en este abordaje, de los cuales tres están bajo la Administración de Veteranos.

Según Allcock (62), aunque algunos jugadores responden bien al programa de Jugadores Anónimos y otros al Psicoanálisis, el enfoque conductual aparece como el más efectivo, al menos en cuanto a coste. Sin embargo, no hay estudios que identifiquen el componente activo de los tratamientos. Reconoce que ninguno de los tratamientos que se utilizan son una respuesta definitiva a este trastorno.

Las técnicas más utilizadas son la desensibilización en imaginación, la relajación (63), las técnicas de control de estímulos y exposición, de forma independiente (64) y conjunta (15), obteniendo esta modalidad resultados bastante aceptables, así como paquetes de técnicas cognitivo-conductuales en grupo (65).

González Ibáñez (7) propone un programa de tratamiento cognitivo-conductual para el juego patológico. Fue el primer programa estructurado que se diseñó y puso en marcha en España. Este programa de tratamiento ha ido sufriendo modificaciones, convirtiéndose en un abordaje de tipo grupal. La justificación de este cambio viene dada por los siguientes aspectos:

1) El juego patológico se considera un trastorno de tipo adictivo.
2) Las técnicas grupales son eficaces en el tratamiento de las adicciones.
3) Las técnicas de elección para el tratamiento de las conductas adictivas son las de autocontrol y las cognitivas.
4) Los programas grupales permiten atender a un número mayor de pacientes, siendo la relación coste-eficacia superior a los individuales.

Los objetivos de este programa grupal son:

1) Abstinencia definitiva de todo tipo de juego que implique apuesta de dinero
2) Reducción de la urgencia de la necesidad de jugar
3) Adquisición del autocontrol para conseguir la abstinencia definitiva
4) Cambio en el estilo de vida, proponiéndose actividades alternativas
5) Detección de situaciones de riesgo y propuesta de estrategias efectivas de afrontamiento
6) Reestructuración del funcionamiento familiar y social.

En esta modalidad grupal de tratamiento se sigue la misma evaluación, que se aplicaba en el programa de intervención individual y grupal para el juego patológico (7) y que hemos expuesto anteriormente.

Las características esenciales de este abordaje terapéutico desde el punto de vista metodológico son:

a. Número de pacientes: diez.

b. Duración del mismo: siete meses sin recaídas.

c. Duración de la sesión: noventa minutos.

d. Número de sesiones de grupo: veinte, con una cadencia de doce semanales seguidas de ocho quincenales. De éstas, once serían con los jugadores y su familia y el resto, con los pacientes solos.

e. Seguimiento: está previsto el control de los pacientes, en situación grupal, a los tres meses, seis meses, doce meses y el siguiente año de haber finalizado el tratamiento.

f. Técnicas: Exposición in vivo con prevención de respuesta. Control de estímulos. Prevención de recaídas. Técnicas grupales.

g. Material: Contrato terapéutico. Autorregistros (conducta de juego, exposición, control de estímulos). Hoja observación terapeuta y video.

Se consideran motivos de exclusión, durante la terapia grupal el no cumplimiento de pautas, la falta de sinceridad del paciente con su familia o con el grupo (no comunicar recaídas) y la no conciencia de trastorno.

Este programa grupal incluye dos sesiones informativas con jugadores y familia, para explicar el trastorno del juego patológico y su tratamiento. En

estas sesiones se han incluido todos aquellos aspectos que, a lo largo de la experiencia de estos años, se han considerado fundamentales. Todas las sesiones están pautadas y en cada grupo se sigue el mismo protocolo, aunque los terapeutas sean distintos.

Finalmente, se recomienda tratamiento farmacológico además del psicológico, en los trastornos asociados a la patología del juego. En la depresión se aconseja la utilización de tricíclicos y para la ansiedad las benzodiazepinas. Las últimas investigaciones se dirigen hacia el uso de los antagonistas opiáceos y los inhibidores de la recaptación de serotonina, aunque están pendientes de corroboración.

En conclusión, el tratamiento será más eficaz, a medida que se identifiquen subgrupos de jugadores patológicos, ya que ello permitirá utilizar técnicas apropiadas para cada paciente determinado.

Referencias bibliográficas:

1. Freud, S. Dostoyevski and parricide. S.E., 1928; 177-94

2. Greene, R. A preliminary atudy on compulsive gambling in New Jersey. New Jersey Departament of Health, Alcohol, Narcotic and Drug Abuse Unit, Trenton, 1979.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, third edition, Washington, D.C.: Author, 1980.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, third edition, revised. Washington, D.C.: Author, 1987.
5. Rosenthal, R.; Lesieur, H.R. Pathological Gambling. Proposed Descriptive Text for DSM-IV. Presented at the Eight International Conference on Risk and Gambling, Londres, 1990.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, D.C. 1994.

7. González Ibáñez, A. Joc Patológic: Una nova adicció. Tibidabo Edicions, 1988; Barcelona.

8. Custer, R.L. (1984). Profile of the Pathological Gambler. J. Clin. Pschiatry, 1985; 45, 35-38.

9. Lesieur, H.R. Report on pathological gambling in New Jersey. Writeen for the New Jersey Governor's Advisory Commision on Gambling, 1988; pp. 122-123.

10. Rusell, H. J.; Leffan, M. The crisis of addictive gambling in New Jersey. N. J. Med, 1993; Nov. 90 (11), 853-4.

11. Lesieur, H.R. y Klein, R. Pathological gambling among hig scholl students. Adictive Behaviors, 1987; 12, 129-135.

12. Fisher, S. Gambling and pathological gambling in adolescents. Journal of Gambling Studies, 1993; Fal. Vol. 9 (3), 227-288.

13. Volberg, R.A. The Prevalence and Demographics of Pathological Gambling: Implications for Public Health. American Journal of Public Health, 1994; vol. 84 (2), 237-241.

14. McCormick, R.A.; Ramírez L.F. Pathological Gambling. Reprind from Modern Perspectives in Psichosocial Pathologic, 1988; Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.

15 González Ibáñez, A.; Pastor, C.; Mercadé, P.V.; Aymaní, N. Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico. Libro de ponencias Socidrogalcohol, 1990; Jornadas Nacionales. Barcelona.

16. Becoña, E. La prevalencia del juego patológico en Galicia (España), 1991; Estudio realizado para el Sercio de Saúde Mental e Drogodependencias de la Subdirección Xeral de Atención Especializada del Sercio Galego de Saúde (SERGAS) de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. Universidad de Santiago de Compostela.

17. Legarda, J.J.; Babio, R; Abreu, J.M.; Prevalence estimatesof pathological gambling in Seville (Spain). British Journal of Addiction, 1992; 87, 767-770.

18. González Ibáñez, A.; Mercadé, P.V.; Aymani, N.; Pastor, C. Clinical and Behavioural Evaluation of Pathological Gambling in Barcelona, Spain. Journal of Gambling Studies, 1992; Vol. 8 (3)", 299-310.

19. Kallick, M.; Smits, D.; Dielman, T.; Hybels, J. A survey of gambling attitudes and behavior. Ann. Arbor, MI: Institute for social research, 1979.

20. Culleton, R.P.; Lang, M.H. The prevalence rate of pathological gambling in the Delaware Valley in 1984. Camden, N.J.: Rutger/Camden Forum for Policy Research and Public Service, 1984.

21. Culleton, R.P. A survey of pathological gamblers in the State of Ohio.

Philadelphia: Transition Planning Associates, 1985.

22. Sommer, I. Pathological Gambling: Estimatin Prevalence and Group Characteristics. The International Journal of the Addictions, 1988; 23 (5), 477-490.

23. Custer, R.; Custer, L. Characteristics of the recovering compulsiver gambler: A survey of 150 members anonymous. Comunicación presentada en la Fourth Annual Conference on Gambling and Risk Taking, Atlantic City, N.J. 1978.

24. Lesieur, H.R.; Blume, S.B. The South Oaks Gamblin Screen (The SOGS): A new instrument for screening pathological gamblers. American Journal of Psychiatry, 1987, 114, 1184-1188.

25. Volberg, R.A.; Steadman, H. Refining prevalence estimate of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 1988; 145, 4, 502-505.

26. Volberg, R.A.; Steadman, H. prevalence estimate of pathological gambling in New Jersey and Maryland. American Journal of Psychiatry, 1989; 146, 12.

27. Ladouceur, R. Prevalence of pathological gamblers in Quebec, Canada. Canadian Journal of Psychiatry: forthcoming, 1991.

28. Buhringer, G.; Konstanty, R. Intensive gamblers on Germany-style slot machines. Special Issue: Gambling in Europe: I. Germany. Journal of Gambling Studies, 1992; Spr. Vol. 8 (1), 21-38.

29. Gotestam, K.G. Gambling in Norway: An obscure activity? Psychology of Addictive Behaviors, 1993; Mar. Vol. 7 (1), 66-68.

30. , R.A. The Prevalence and treatment of compulsive gambling in the United States. Comunicación presentada en la Fifth National Conference on Gambling Behavior. Duluth, M.N., 1991.

31. Jacobs, D.F. Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America (pp. 249-292). In H.J. Shaffer, S.; A. Stein; B. Gambino and T.N. Cummings (Eds.). Compulsive gambling: theory, research and practice, 1989. Toronto: Lexington Books.

32. Ladouceur, R.; Mireault. Gambling behaviors among high scholl students in the Quebec area. Journal of Gambling Behavior, 1988; 4, 3-12.

33. Griffiths, M. Psychobiology of the Near-Miss in Fruit Machine Gambling. The Journal of Psychology, 1989; 125 (3), 347-357.

34. Moran, E. Gambling among scholl children: The impact of the fruit machine. National Council on Gambling (Special Report), 1987.

35. Barham, B.; Cormell, M. Tennage use of amusement arcades in Bognor Regis. Bognor Regis: WSIHE, 1987.

36. U.K. National Housing and Town Planning Council. The use of amusement arcades and gambling machines: A national survey. London: Author, 1988.

37. Griffiths, M.D. Amusement machine playing in childhood and adolescence: A comparative analysis of video games and fruit machines. Journal of Adolescence, 1991; 14, 53-73.

38. González Ibáñez, A. Características psicológicas y conductuales de los jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, 1994.

39. González Ibáñez, A; Mercadé, P.V.; Aymani, N.; Pastor, C. Variables de personalidad y juego patlógico. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barcelona, 1990; 17, 5, 203-209.

40. Dickerson, M. Internal and external determinants of persistent gambling: Problems in generalising from one fron of gambling to another. Journal of Gambling Studies, 1993; Fal Vol 9 (3) 225-245.

41. Goldstein, L.; Manowit, P.; Nora, R.; Swartzburg, M.; Carlton, P.L. Differential EEG Activation and Pathological Gambling. Biol Psychiatry, 1985; 20, 1232-1234.

42. Blaszczynski, A.P.; Winter, S.W.; McConaghy, N. Plasma Endorphin Levels in Pathological Gambling. Journal of Gambling Behavior, 1986; 2."3-14.

43. Roy, A.; Custer, R.; Lorenz, V.; Linnoila, M. Depressed Pathological Gamblers. Acta Psychiatr. Scand. 1988; 77, 163-165.

44. Carlton, P.L..; Manowitz, P.; Nora, R.; Swartzburg, M.; Goldstein, I. Attention Deficit Disaorder and Pathological Gambling. Journal of Clinical Psychiatry, 1987; 48, 487-488.

45. Taber, J.T.; McCormick, R.A.; Ramírez, L.F. The Prevalence and Impact of Major Life Stressors among Pathological Gamblers. The International Journal of the Addiction, 1987; 22 (1), 71-79.

46. Blaszczynski, A.; McConaghy, N. SCL-90 Assessed Psychopatology in Pathological Gamblers. Psychological Reports, 1988; 62.

47. Brown, R.I.F. Dropouts and Continuers in Gamblers Anonymous: I Life-Context and Other Factors. Journal of Gambling Behavior, 1986, 2: 130-140.

48. Andreson, G.; Brown, R.I.F. Real and Laboratory Gambling, Sensation-Seeking and Arousal. British Journal of Psychology, 1984; 75, 401-410.

49. Allcock, G.; Grace, D.M. Pathological Gamblers are neither impulsive no sensation seekers. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 1988; 22, 307-311.

50. McCormick, R. The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. Special Issue: Pathological gambling: Clinical Issues: I. Journal of Gambling Studies, 1994; Spr Vol 10 (1) 77-86.

51. Coventri, K.R.; Brown, I.F. Sensation Seeking and gambling addictions. Addiction, 1993; 88, 541-554.

52. Moravec, J.D.; Munley P.H. Psychological Test Findings on Pathological Gamblers in Treatment. The International Journal of the Additions, 1983; 18 (7), 1003-1009.

53. Blaszczynski, A.; McConaghy, N. Antisocial Personality disorder and pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 1994, Sum Vol 10 (2) 129-145.

54. Moran, E. Gambling as a form of dependence. British Journal of Addictions, 1970; 64, 419-428.

55. Lesieur, H.R.; Heineman, M. Pathological Gambling among Youthful Multiple Substance Abuser in a Therapeutic Community. British Journal of Addiction, 1988, 83, 765-771.

56. Letarte, A.; Ladouceur, R.; Mayrand, M. Primary and Secundary Illusory Control and Risk-Taking in Gambling (Roulette). Psichological Reports, 1986; 58, 299-302.

57. Ducette, J; Wolk. Locus of Control and Extreme Behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972; 39 (2), 253-258.

58. Gaboury, A.; Ladouceur, R.; Beauvais, G.; Marchand, L.; Martineau, Y. Dimensions Cognitives ey Comportamentales chez les Joueurs

Reguliers et Occasionnels au Blackjac. International Journal of Psychology, 1988; 23, 283-291.

59. Ladouceur, R.; Gaboury, A.; Dumont, M.; Rochette, P. Gambling: Relationship between the Frequency of Wins and Irrational Thinkings. Journal of Psychology, 1988; 122, 409-414.
60. Reid, R.L. The Psychology of the Near Miss. Journal of Gambling Behavior, 1986, vol. 2 (1).

61. Rosenthal, R.J. Assessment and Evaluation of the Pathological Gambler. Comunicación presentada en la Fifth National Conference on Gambling Behavior. Duluth. Minnessota, 1991.

62. Allcock, C.C. Pathological Gambling. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 1986; 20 (3), 259-265.

63. MacConaghy, N.; Armstrong, M.S.; Blaszczynski, A.; Allcock, C. Behavior Completion Versus Stimulus Control in Compulsive Gambling. Behavior Modification, 1988, 12, (3), 371-384.

64. Greenberg, D.; Rankin, H. Compulsive Gamblers in Treatment. British Journal of Psychiatry, 1982; 140, 364-366.

65. González Ibáñez, A.; Mercadé, P.V.; Jaumá, J.; Pérez, O. Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico. Libro de ponencias Socidrogalcohol. XVIII Jornadas Nacionales. Barcelona. 1990.