

Salud y drogas

Número monográfico: Juego patológico

Editorial	3		
El juego patológico: prevalencia en España		Prevención de recaídas en las ludopatías	
Elisardo Becoña Iglesias	9	Enrique Echeburúa, Paz de Corral y Pedro J. Amor	97
Instrumentos de diagnóstico y screening del juego patológico		Acceso a la documentación y formación en juego patológico	
José María Salinas	35	Beatriz Martín del Río y Maite Cortés Tomás	117
Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento		Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión crítica	
José L. Carballo, Roberto Secades, José R. Fernández Hermida, Olaya García y Linda C. Sobell	61	Javier Fernández-Montalvo y Ainhoa Castillo	149
Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico			
Ana Fernández-Alba Luengo	79		



Revista Salud y drogas

DIRECTOR

José A. García del Castillo Rodríguez
Universidad Miguel Hernández.

SECRETARÍA

Daniel Lloret Irlas
Universidad Miguel Hernández.

CONSEJO EDITORIAL

Javier Aizpiri Díaz
Medicina Psicoorgánica (Bilbao).
Francisco Javier Ayesta Ayesta
Universidad de Cantabria.
Ramón Bayés Sopena
Universidad Autónoma de Barcelona.
Elisardo Becona Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela.
Juan Vicente Benedit Montesinos
Universidad Complutense de Madrid.
Julio Bobes García
Universidad de Oviedo.
Enrique Echeburúa Odriozola
Universidad del País Vasco.
Éliot L. Gardner
Albert Einstein College of Medicine (USA).
Kenneth Griffin
Cornell University (USA).
Carl G. Leukefeld
University of Kentucky (USA).
Gerardo Marín
University of San Francisco (USA).
Emiliano Martín González
Ayuntamiento de Madrid
Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia.
Rafael Nájera Morrondo
Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (Madrid).
César Pascual Fernández
Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
Gobierno de Cantabria.
Bartolomé Pérez Gálvez
Director general de Drogodependencias
Generalitat Valenciana.
Alain Rochon
Régie Régionale de L'Estrée (Canadá).
Jesús Rodríguez Marín
Universidad Miguel Hernández.
Merrill Singer
Hispanic Health Council (USA).
José Ramón Varo Prieto
Servicio Navarro de Salud.

JEFE DE REDACCIÓN

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Gaspar Cervera Martínez
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Consuelo Guerri Sírera
Instituto de Investigaciones Citológicas (Valencia).
Carmen López Sánchez
Universidad de Alicante.
Rafael Maldonado López
Universidad Pompeu Fabra.
Miguel Navarro García
Universidad Complutense de Madrid.
Miguel Ángel Ortiz de Anda
Edex-Centro de Recursos Comunitarios (Bilbao).
Francisco Pascual Pastor
Unidad Alcoholología de Alcoy (Alicante).
Jesús Ángel Pérez de Arróspide
Fundación Vivir sin Drogas (Bilbao).
Joaquín Portilla Sogorb
Hospital General Universitario de Alicante.
Fernando Rodríguez de Fonseca
Universidad Complutense de Madrid.
Javier Ruiz Fernández
Ayuntamiento de Portugalete.
Jesús Sánchez Martos
Universidad Complutense de Madrid.
José Sánchez Payá
Hospital General Universitario de Alicante.
Manuel Sanchis Fortea
Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia).
José Solé Puig
Cruz Roja de Barcelona.
Miguel Ángel Torres Hernández
Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías
de Torrent (Valencia).

ÍNDICE

MONOGRÁFICO: JUEGO PATOLÓGICO

EDITORIAL

¿Juegas?

José Antonio García del Castillo 3

El juego patológico: prevalencia en España

Elisardo Becoña Iglesias 9

Instrumentos de diagnóstico y screening del juego patológico

José María Salinas 35

Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento

José Luis Carballo Crespo, Roberto Secades Villa, José R. Fernández Hermida, Olaya García Rodríguez y Linda C. Sobell 61

Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico

Ana Fernández-Alba Luengo 79

Prevención de recaídas en las ludopatías

Enrique Echeburúa, Paz de Corral y Pedro J. Amor 97

Acceso a la documentación y formación en juego patológico

Beatriz Martín del Río y Maite Cortés Tomás 117

Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión crítica

Javier Fernández-Montalvo y Ainhoa Castillo 149

INDEX

MONOGRAFIC ISSUE: PATHOLOGICAL GAMBLING

EDITORIAL

José Antonio García del Castillo 3

Pathological gambling: prevalence in Spain
Elisardo Becoña Iglesias 9

Instruments for diagnosis and screening of pathological gambling
José María Salinas 35

Recovery of pathological gambling with and without treatment
José Luis Carballo Crespo, Roberto Secades Villa, José R. Fernández Hermida, Olaya García Rodríguez y Linda C. Sobell 61

Cognitive-behavioral treatment of pathological gambling
Ana Fernández-Alba Luengo 79

Relapse prevention in pathological gambling
Enrique Echeburúa, Paz de Corral y Pedro J. Amor 97

Access to documentation and training in pathological gambling
Beatriz Martín del Río y Maite Cortés Tomás 117

Familiar consequences of pathological gambling: a critical review
Javier Fernández-Montalvo y Ainhua Castillo 149

EDITORIAL

¿JUEGAS?

Dr. José A. García del Castillo R.

Director del INID. Universidad Miguel Hernández.

Al final no cabrá ninguna duda de que casi todo en esta vida es susceptible de tener su patología particular, porque quién iba a pensar hace cien años que jugar se podría convertir en algo tan arriesgado como para acabar enfermo. A todo lo más, los intrépidos por aquel entonces se jugaban a las cartas o en los casinos las tierras, las fortunas y todos sus bienes terrenales, pero no por ello se les consideraba enfermos; simplemente, se les tildaba de “viciosos”, apelativo que se ha ido arrastrando a lo largo de los años y que ahora empezamos a sustituir por el de “jugador patológico”. El mero hecho de jugar no tiene mayor trascendencia si lo que se juega uno es simplemente la “honrilla” de ganar –o perder– una partida a cualquier cosa, en familia o entre amigos.

La cuestión empieza a cambiar sustancialmente cuando se comienza a apostar fuerte por ganar y ganar mucho; cuando la suerte sonríe por primera vez y convierte en ganadores de las apuestas a los arriesgados jugadores, lo que hace que se sientan francamente bien por haber conseguido multiplicar un euro por cien o por mil en poco tiempo y sin mayor esfuerzo. Todo este intrincado proceso no se fragua en dos días ni en cinco, pero tampoco tiene una evolución demasiado larga. La creencia de que la suerte nos acompaña en el juego se forja con bastante rapidez y la persona, incauta, no se siente atrapada en la maquinaria hasta que, normalmente, ya es demasiado tarde para echar marcha atrás sin que le cueste algo a cambio.

Nos podríamos detener en un buen puñado de acontecimientos asociados al juego como parte integrante de la salud mental, sobre todo, durante la más tierna infancia, en la que jugar es algo obligatorio, ya que ayuda a crecer más sanamente. De hecho, se convierte en juego prácticamente todo lo que nos rodea, echando a rodar la fantasía para que cons-

truya realidades mediante la ficción o la simulación y de esta forma conseguir pequeñas metas que permitan ver el mundo adulto desde los “ojos de niño” y poder valorarlo de otra forma para entenderlo mejor. La propia sociedad estimula las actividades lúdicas constantemente e incluso institucionaliza el que se lleven a cabo, consagrando unas fechas todos los años para que se venere el juego, en su máxima extensión, entre los más pequeños. La industria del juguete, en este caso, hace todo lo demás y promociona el juego sano entre sus futuros compradores de ilusiones.

A lo largo de la juventud, los valores asociados al mundo lúdico cambian sustancialmente, entretejiéndose de matices sentimentales, emocionales y, en definitiva, unidos al juego amoroso y todo lo que esto conlleva para el futuro. Se dejan a un lado los juegos de mesa, los juguetes y los intereses se centran en ganar la partida del amor para poder asegurar una vida mucho más placentera y llena de nuevos retos. La apuesta sigue estando alrededor de esquemas de juego sanos que nos permiten mirar hacia delante.

La verdadera catástrofe tiende a aparecer después de la primera juventud y una vez que se instala el hábito de adquirir lotería; de jugar a las quinielas en compañía de familiares y amigos o en solitario; de introducir la calderilla en las máquinas tragaperras con la intención inocente de “ganarle a la máquina” y sacarle unas cuantas monedas, junto con la satisfacción postrera y azarosa de haber tentado a la suerte; de apostar en las “porras” con los amigos; de entrar en un bingo con el convencimiento de que se va a ganar la paga del mes en un par de horas; de rellenar boletos de la loto, la bonoloto, la primitiva y el euromillón con el cercano convencimiento de que retirarán definitivamente del trabajo al apostante y a dos generaciones más; de apostar en las carreras de caballos (siempre a caballo ganador), en las de galgos y, por qué no, una vez entrados en materia, si se tercia, apostar incluso en las peleas ilegales de gallos y perros.

Quizás lo que más alimenta todo este entramado patológico es la amplia gama de posibilidades que ofrece nuestra imaginativa sociedad para “salir de pobres” mediante una apuesta acertada, un juego de azar o un simple juego de cartas, y, posiblemente, por ese mismo motivo, los que van engrosando las listas de ese “nuevo” daño que hemos denominado “juego patológico” cada día sean más. La pregunta que se puede quedar en el aire es la que indaga dónde se encuentra el límite entre lo permitido y lo que nos hace susceptibles de enfermar o de estar enfermos en toda esta amalgama de juegos y apuestas.

Siempre es difícil encontrar el equilibrio, sobre todo cuando no existe un itinerario educativo fiable en torno al desarrollo del juego y lo que éste significa en la vida. Esa línea roja que demarca lo normal de lo patológico es demasiado sutil y equívoca, cuando desde la infancia se insiste que jugar es saludable y de improviso se tropieza con la incomprensible realidad de que ha pasado a ser pernicioso y doloso.

*JUEGO
PATOLÓGICO*

EL JUEGO PATOLÓGICO: PREVALENCIA EN ESPAÑA

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

El juego patológico constituye un importante problema de salud mental en España y en otros países desarrollados. Se analizan los estudios de prevalencia en función de los criterios diagnósticos que se han utilizado hasta ahora para el juego patológico. Los estudios de prevalencia realizados en muestras representativas de la población basados en el DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y SOGS indicaban una prevalencia entre el 1.4 y el 1.7% en las muestras más representativas españolas, semejante a la de otros países. Los últimos estudios con instrumentos derivados del DSM-IV, como el NODS, o versiones revisadas del SOGS indican un nivel de prevalencia menor para el juego patológico. Se analizan todos los estudios realizados en España con unos y otros instrumentos y su comparación con los resultados de otros países, especialmente en adultos junto a otros estudios realizados con niños y adolescentes.

Palabras clave: juego patológico, prevalencia, España, adultos, adolescentes.

ABSTRACT

The pathological gambling constitutes an important problem of mental health in Spain and in other developed countries. The prevalence studies are analyzed in function of the diagnostic criteria that have been used to assess the pathological gambling. The studies realized in the more representative samples of the general population in Spain based on the DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV and SOGS indicated a prevalence between the

1.4 and 1.7%, similar to that of other countries. The last studies with derivative instruments of the DSM-IV, as the NODS, or revised versions of the SOGS, indicate a level of smaller prevalencia for the pathological gambling. Finally, we discuss the results of the studies carried out in Spain with several instruments or criteria and their comparison with the results of other countries, especially in adults as in adolescents.

Key words: pathological gambling, prevalence, Spain, adults, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El juego de azar se legaliza en España en 1977. En pocos años fueron apareciendo en el mercado los distintos juegos. Esto trajo consigo el crecimiento del gasto en juego y el incremento del número de jugadores que participan en los distintos juegos de azar. En España hay varios juegos muy populares como loterías, cupones y máquinas tragaperras. El gasto anual de juego en España ha superado los 4 billones de las antiguas pesetas al año (Comisión Nacional del Juego, 2003). Por orden de importancia de gasto en juego, se encuentran los siguientes juegos: máquinas tragaperras, bingo, loterías (lotería nacional), loterías de organismos benéficos (ONCE), lotería primitiva y bonoloto, y casino. Ocupamos los primeros puestos de la UE en gasto per cápita en juego (Becoña, 1996b), como lo reflejan los 628,82 euros gastados de media por habitante adulto y año en 2002 (Comisión Nacional del Juego, 2003).

Son las máquinas tragaperras las que tienen el mayor gasto en juego, con casi 2 billones de pesetas por año, representando en torno al 40% de todo el dinero gastado en juego. Precisamente, las máquinas tragaperras es uno de los juegos, si no el que más, con mayor poder adictivo, que se refleja en que el 75% de las personas que acuden a tratamiento son dependientes de ellas (Becoña, 1993a, 1993b, 1996b; Bombín, 1992; Echeburúa, Báez y Fernández, 1996).

Los intereses económicos que existen en torno al juego son hoy muy importantes y el juego claramente se ha convertido en una de las actividades más importantes del país, dando empleo a miles y miles de personas. En suma, la disponibilidad y acceso al juego han sido, y siguen siendo, dos de los principales responsables del incremento tan exagerado del número de jugadores patológicos en España (Labrador y Becoña, 1994).

La realidad es que el juego está presente en nuestra sociedad de un modo importante. Si el juego no estuviese legalizado o no existiese, apenas habrían problemas existirían (Becoña, 1999). La realidad actual nos dice que hay que aprender a convivir con el juego. Hoy en día, la enorme recaudación de impuestos y los puestos de trabajo creados impiden un control más efectivo del mismo, afectando ello a la prevalencia y a los problemas de juego patológico. A partir de la legalización del juego en distintos países fueron surgiendo sistemáticamente personas con problemas de juego compulsivo, ludopatía, juego problema, juego excesivo o juego patológico, con las distintas acepciones que ha ido tomando a lo largo de estos años, para las que ha sido necesario desarrollar programas de tratamiento (ej., Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000; González et al., 1999; Fernández-Alba y Labrador, 2002).

El juego patológico constituye un importante problema en los países desarrollados. En este aspecto, España ocupa un lugar importante no sólo en gasto en juego, sino en dificultades causadas por el mismo. El juego patológico es un serio problema en España, tanto por lo que respecta a adultos como a niños y adolescentes. La edad legal para jugar es de 18 años. Teóricamente no es posible jugar antes de esa edad. Pero la realidad nos indica un cuadro bien distinto; hoy tenemos problemas importantes causados por el juego a edades tempranas (Becoña, 1997).

Cuando hablamos de un trastorno y de su prevalencia es central definir claramente a qué nos estamos refiriendo, a qué criterios objetivos utilizamos para saber cómo podemos clasificar a las personas en el mismo teniéndolo o no.

En los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica) y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas que, sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que poseían las dependencias a sustancias. Poco a poco, la pérdida de control se convierte en otro concepto esencial para explicar las conductas adictivas. Actualmente, se incluyen dentro de las conductas adictivas tanto las sustancias psicoactivas que producen dependencia como el alcohol, la heroína, la cocaína, las anfetaminas, etc., y distintas conductas como el juego patológico, las compras compulsivas, el sexo compulsivo, etc. (Becoña, 1998).

Como ya hemos indicado, una característica central a las conductas adictivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fueren a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer, y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

El reconocimiento formal del trastorno del juego patológico se produce en 1980 por parte de la American Psychiatric Association (1980). Por juego patológico se entiende un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o profesionales del jugador (American Psychiatric Association, 1987, 1994). Viene a ser, por tanto, un trastorno progresivo, que podríamos resumir con cuatro características (Rosenthal, 1992): a) una incesante o episódica pérdida de control sobre el juego, b) una continua preocupación por el juego y por obtener dinero para jugar, c) pensamiento irracional sobre el juego y d) continúa jugando a pesar de sus adversas consecuencias.

A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se producen los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. Más concretamente, el DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) utiliza para el diagnóstico de juego patológico los siguientes dos criterios:

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 (por 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 comenten actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego.
 9. Se han arriesgado 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. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.

Por su relevancia, y dados los importantes cambios que se han dado en los criterios diagnósticos del juego patológico desde el DSM-III al DSM-III-R, y de éstos al DSM-IV y su homólogo DSM-IV-TR, analizaremos los estudios realizados a nivel de prevalencia del juego patológico en función de los mismos.

EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO CON EL DSM-III Y DSM-III-R

ESTUDIOS EN OTROS PAÍSES

Actualmente disponemos de un gran número de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del juego patológico en distintos países, como

en España, tanto realizados en adultos como en niños y adolescentes. Así, en adultos hay estudios sobre su prevalencia en Canadá (Ferris y Wynne, 2001; Ladouceur, 1991, 1996), Nueva Zelanda (Abbott y Volberg, 1996, 2000), Australia (Dickerson, Baron, Hong y Cottrell, 1996), Reino Unido (Sproston, Erens y Orford, 2000), Hong Kong (Wong y So, 2003), Suecia (Rönnerberg, 2000), etc. Pero donde más se han realizado estudios de prevalencia ha sido en Estados Unidos. El National Research Council (1999) recoge 33 estudios epidemiológicos y, más recientemente, la Alberta Gaming Research Institute (www.abgaminginstitute.ualberta.ca), un total de 52, realizados a lo largo de los distintos estados norteamericanos. Muchos de ellos son estudios de replicación realizados con varios años de diferencia de unos a otros en el mismo estado. La mayoría de estos estudios han sido realizados utilizando el South Oaks Gambling Screen (SOGS) de Lesieur y Blume (1987, 1993) para evaluar el juego patológico, destacando que ha sido Rachel Volberg la que ha llevado a cabo una buena parte de los mismos en Estados Unidos. Hasta los estudios realizados en los últimos años, la prevalencia estimada de juego patológico en Estados Unidos, para el período del último año, no solía bajar del 1%, llegando incluso al 2% y más (ver Volberg, 1993, 1996, 2002). En este caso, los criterios que se utilizaban eran los del DSM-III, DSM-III-R o el SOGS, que combina en sus preguntas síntomas de uno y otro. Veremos que con los criterios del DSM-IV estas cifras han variado significativamente en algunos estudios, como con el NODS (Gernstein et al., 1999), aunque no con entrevistas clínicas basadas en el DSM-IV (Welte et al., 2002).

ESTUDIOS EN ESPAÑA

En España se han realizado seis estudios sobre la prevalencia del juego patológico en nuestro país basados en el DSM-III, DSM-III-R o SOGS, instrumento elaborado a partir de los criterios diagnósticos de ambos. Dos se han realizado en Cataluña, que están inéditos. El estudio de Cayuela (1990) utilizó el SOGS de Lesieur y Blume (1987), encontrando un 2.5% de personas jugadoras patológicas o problemas en la población adulta de Cataluña. Otro estudio realizado por la Entitat Autònoma de Jocs i Aposques (EAJA) y financiado por Casinos de Cataluña, en 1990, encontró un 2.34% de personas adultas de la Comunidad Catalana en riesgo de convertirse en adictos al juego.

El estudio de Becoña (1993b) ha utilizado una muestra de 1.615 personas, representativas de la población adulta de 18 o más años de las siete

principales ciudades de Galicia. Siete psicólogos clínicos específicamente entrenados para este estudio llevaron a cabo las entrevistas en las casas de los sujetos, utilizando una encuesta sobre distintos hábitos, conducta de juego y varias escalas psicométricas. Cuando se sospechaba que la persona era jugadora patológica, los encuestadores establecían el diagnóstico o no siguiendo los criterios del DSM-III-R para el juego patológico (American Psychiatric Association, 1987). Este estudio encontró una prevalencia del 1.73% de jugadores patológicos y de un 1.60% de jugadores problemas. Destaca en los resultados las enormes diferencias que hay de unas a otras ciudades, cuando tal comparación puede hacerse, notándose que cuanto mayor es la ciudad mayor es el número de jugadores patológicos y problema, como así ya había evidencia previa (Comisión Nacional del Juego, 1986). Así, el porcentaje de jugadores patológicos y problema en la ciudad de Vigo (3.48% y 3.25%) y de A Coruña (1.96% y 1.22%) es mayor que en el resto de las ciudades agrupadas (0.64% y 0.90%). Becoña (1993b) asocia estas diferencias a la relación que existe entre juego y consumo de otras conductas adictivas y al hecho de que hay una relación significativa entre juego y consumo de alcohol excesivos en los jugadores patológicos en relación con el resto de la población.

En este estudio, la forma de juego predominante en los elementos patológicos son las máquinas tragaperras (tipo B), seguida por la lotería primitiva, el cupón de la ONCE, el bingo y la bonoloto. El 50% de los jugadores patológicos lo hacen a las máquinas tragaperras diariamente. El 43% tienen su mayor gasto mensual de juego en máquinas tragaperras y el 21%, en máquinas de tipo A (las denominadas "comecocos"). El 43% de los identificados como jugadores patológicos en este estudio no tienen ningún ingreso, lo que en parte se explica porque una porción de los jugadores patológicos son estudiantes, amas de casa y parados. El 7% de los jugadores patológicos de este estudio tienen un gasto mensual en juego que está en torno a los 3.000 euros, aunque el promedio de gasto mensual en juego es menor y, claramente, en función de los ingresos disponibles, que en muchos casos no es ninguno por parte del jugador y tiene que obtener dinero de otras fuentes (padres, esposo, ahorros, etc.).

Para concluir, el estudio de Becoña (1993b) muestra que la prevalencia del juego se da más en hombres que en mujeres (2:1), depende de la edad (la mayoría de los jugadores patológicos, el 39.3%, tienen de 18 a 30 años), educación (los menos educados son los más afectados generalmente) y poseen un nivel de ingresos bajo. Sin embargo, los recursos

financieros de la familia están en torno al promedio del resto de la población. Igualmente, se encuentra que hay más jugadores patológicos en aquellas ciudades en donde también existe una mayor adicción o consumo de alcohol y drogas.

El estudio de Legarda, Babio y Abreu (1992) ha utilizado también una muestra representativa de la población adulta de la ciudad de Sevilla, aunque ligeramente inferior a la anterior, de 598 personas. Utilizaron el SOGS (Lesieur y Blume, 1987), como han hecho otros estudios anglosajones y de este país. Los resultados con el mismo indicaron la existencia de un 1.67% de probables jugadores patológicos y un 5.18% de probables jugadores problema. Es digno de notarse que el 40% de las personas encuestadas rechazaron contestar a la misma, lo que indica un sesgo en esta muestra en comparación con otros estudios realizados.

Mientras que el número de jugadores patológicos encontrados en este estudio, el 1.67%, no es muy diferente del encontrado en otros países, en cambio el número de jugadores problema es muy alto, el 5.2%. Los autores del estudio achacan este alto resultado a la importancia que tiene la promoción y anuncio de las loterías (a menudo promocionadas por la propia Administración Pública), como frecuentemente puede verse en la radio y televisión públicas, aparte de la televisión y radio privadas y la prensa diaria, que anuncia los números premiados en el preciso momento del sorteo o al día siguiente, como ocurre especialmente con el cupón de la ONCE, la bonoloto, la lotería primitiva, la lotería nacional, las quinielas de fútbol, etc. Esto probablemente ayuda a incrementar la participación de los ciudadanos en estas y en otras formas de juego como efecto sinérgico. El hecho de que entre 1987 y 1989 haya habido un 15% de incremento en la cantidad de dinero gastado por los españoles en juego es un sólido argumento para la anterior afirmación en palabras de estos autores.

El estudio de Tejeiro (1998), realizado en la ciudad de Algeciras (Cádiz), encuentra un 1.8% de jugadores patológicos y un 3.8% de jugadores problemas también utilizando el SOGS.

Un interesante aspecto del estudio de Legarda et al. (1991), en Sevilla, es la comparación entre los jugadores patológicos de la población general con aquellos en tratamiento. Sus resultados indican importantes diferencias entre los jugadores patológicos detectados por los estudios epidemiológicos y los jugadores patológicos que están en tratamiento. De los que están en tratamiento son básicamente hombres (87.5%), entre la edad de 31 y 45 años (el 50%), con un trabajo fijo (el 4%), casados (el 71%), con estudios primarios (el 91%) y con bajos ingresos. Estos resulta-

TABLA 1

**Estudios de prevalencia del juego patológico
en la población adulta en España con instrumentos derivados
del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV o SOGS**

Estudio	N	Instrumento de evaluación	Jugador patológico	Jugador problema	Muestra
Cayuela (1990)	1.230	SOGS	2.5% ⁽¹⁾		Representativa de Cataluña
Legarda, Babio and Abreu (1992)	598	SOGS	1.7%	5.2%	Representativa de la ciudad de Sevilla
Becoña (1993)	1.615	DSM-III-R	1.7%	1.6%	Representativa de las siete principales ciudades de Galicia
Becoña y Fuentes (1994)	1.028	SOGS	1.4%	2.0%	Representativa de Galicia
Irurita (1996)	4.977	DSM-IV	1.7%	3.3%	Representativa de Andalucía
Tejeiro (1998)	419	SOGS	1.9%	3.8%	Representativa de Algeciras (Cádiz)
Ramírez (1999)	3.000	SOGS	1.6%	1.4%	Representativa de Andalucía
Becoña (2004)	1.624	NODS	0.3%	0.3%	Representativa de Galicia

⁽¹⁾ Indica con el SOGS el dato de un 2.5% para la combinación de los jugadores patológicos y jugadores problema.

dos son semejantes a los obtenidos en otros países en los jugadores patológicos en tratamiento (ej., Volberg, 1993) y donde, además, aquí, como en otros países, varían considerablemente los jugadores patológicos que hay en la población de aquellos que acuden a tratamiento.

Otro estudio publicado que a nivel epidemiológico se ha realizado en España sobre el juego patológico es el de Becoña y Fuentes (1995), utilizando esta vez el SOGS en una muestra representativa de 1.028 personas adultas de 16 o más años de toda Galicia. Sus resultados indicaron una prevalencia del 1.36% de jugadores patológicos y del 2.04% de jugadores problema. Por variables demográficas, la relación hombre mujer es de 3:1 en jugadores patológicos y 2:1 en jugadores problema. Por edades, de

nuevo, se confirma la mayor importancia de este problema en edades jóvenes (el 42.85% está en la edad de 16 a 24 años y otro 35.71% de 25 a 45 años) y con estudios predominantemente primarios. La comparación de este estudio con el anterior de Becoña (1993b) en Galicia muestra un cuadro semejante en las variables demográficas analizadas y en las características de los jugadores patológicos en Galicia.

Otro estudio a destacar es el de Echeburúa, Báez, Fernández y Páez (1994), quienes en la validación del SOGS en una muestra de la población vasca sugieren bajar el punto de corte del SOGS de cinco a cuatro puntos. De este modo obtienen un 2% de jugadores patológicos en la muestra normativa. De confirmarse este hallazgo, el número de jugadores patológicos sería aún mayor del que hasta el momento se ha pensado.

Finalmente, el último estudio realizado en España es el de Ramírez (1999). Éste fue realizado en Andalucía, con el South Oaks Gambling Screen (Lesieur y Blume, 1987, 1993), en una muestra representativa. Sus resultados indican un porcentaje de 1.63% de jugadores patológicos y un 1.43% de jugadores problema.

En la tabla 1 se presenta un resumen de los estudios que sobre prevalencia se han realizado en España siguiendo los criterios del DSM-III, DSM-III-R o SOGS. De estos datos y extrapolando los de otros países semejantes llevaron a Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo (1995) a estimar la tasa de jugadores patológicos de 18 o más años existentes en España, a mediados de la década pasada, en un 1.5% y la de los jugadores problema, en un 2.5%, siempre considerando estos porcentajes conservadores. Considerando el censo de españoles de 18 o más años, la extrapolación de las anteriores cifras indicaba que el número de jugadores patológicos sería de 450.000 y el de jugadores problema, de 750.000. La prevalencia de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras estaría, sólo para ellos, entre el 1.2% y el 1.3%; esto significaría que unas 350.000 personas serían jugadores patológicos de máquinas tragaperras.

En función de los datos epidemiológicos disponibles a partir de estos estudios, se indicaba que el jugador patológico de máquinas tragaperras sería fundamentalmente hombre, con una tasa probable de tres hombres por cada mujer; con una edad predominante entre 18 y 40 años, que puede ser explicado por el período que cubre desde la legalización del juego (en 1977) y de las máquinas tragaperras (en 1981); la predominancia de la clases social baja o media-baja, aunque el juego se da en todas las clases sociales. Dado que el juego se realiza básicamente en bares, ello explica que el consumo de alcohol sea mayor en los jugadores patológi-

cos de máquinas tragaperras, como así se encuentra; hay otros importantes problemas asociados, básicamente sobre su estado emocional (ansiedad y depresión), aislamiento social (debido a las mentiras, deudas y robos), relaciones familiares y maritales, económicas (deudas) y, a veces, problemas con la ley.

EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO CON EL DSM-IV Y DSM-IV-TR

ESTUDIOS EN OTROS PAÍSES

Pero el cuadro anterior está cambiando a un ritmo muy rápido en los últimos años. En 1994 se publica el DSM-IV con nuevos criterios diagnósticos para el juego patológico. Vienen a ser una combinación de algunos criterios del DSM-III, otros del DSM-III-R, junto al criterio de escape, o utilización del juego como escape de las situaciones cotidianas, tales como ansiedad, depresión, etc. (Lesieur y Rosenthal, 1991). Al mismo tiempo, se considera que para llegar al diagnóstico de juego patológico hay que descartar un episodio maníaco (no sería jugador patológico, por ejemplo, aquel consumidor de cocaína que juega descontroladamente después del consumo de cocaína, pero cuando no consume cocaína no juega). También destaca que de nueve criterios del DSM-III-R, se pasa a diez en el DSM-IV y el punto de corte sube de cuatro a cinco criterios del DSM-III-R al DSM-IV. Para los estudios epidemiológicos, estos cambios son de una gran relevancia, porque el instrumento que se venía utilizando predominantemente para evaluar el juego patológico era el SOGS, el cual es una combinación del DSM-III y DSM-III-R, pero ya no se adecua completamente al DSM-IV. Por ello, en los últimos años varios autores (ej., Abbott y Volberg, 1996; Ferris y Wynne, 2001; Lesieur, 2002; National Research Council, 1999; Stinchfield, 2002; Volberg, 1999) han indicado el problema de los falsos positivos con el SOGS. Más específicamente, Stinchfield (2002) concluye cómo en la población general el SOGS sobreestima la prevalencia del juego patológico en el doble, ya que en su estudio encuentra que un 50% de sus casos son falsos positivos. Esto indica que con el SOGS la prevalencia es mucho mayor que la que encontraríamos de utilizar los criterios diagnósticos del DSM-IV, criterios que son los que tenemos que utilizar para hablar o no de juego patológico, porque es nuestro referente.

Dado que los datos anteriores sugieren que se ha sobreestimado la prevalencia del juego patológico en la población general, tanto en otros países como en el nuestro, en 1999 un grupo de expertos norteamericanos, algunos de los más relevantes del juego patológico en ese país, elaboran un nuevo instrumento, el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems), basado en los criterios del DSM-IV (Gernstein, Murphy, Tace, Hoffmann, Palmer, Johnson et al., 1999). La idea de elaborar este instrumento no es otra que la de disponer de un sistema de evaluación del juego patológico fiable, adecuado a los criterios del DSM-IV y que pueda servir para comparar unos estudios con otros. Con el mismo se realizó un amplio estudio con una muestra representativa norteamericana, donde encontraron un 0.8% de jugadores patológicos para el período de toda la vida y un 0.1% de jugadores patológicos en el último año, y sin diferencias por sexo (en hombres 0.9% y 0.1% para vida y último año, y para mujeres de 0.7% y 0.2% para vida y último año). Lo cierto es que estos resultados son muy, pero que muy inferiores a los datos que se estaban manejando sobre la prevalencia del juego patológico en Estados Unidos, entre el 1% y el 2% de la población adulta (Volberg, 1996, 2002). El porcentaje de jugadores problema (tres o cuatro criterios) también es inferior a estudios previos, encontrando un 1.3% para la vida y un 0.4% para el último año. Donde las cifras son muy altas es en la categoría de jugadores en riesgo, que son aquellos con una puntuación de uno o dos criterios en el NODS, ya que en este caso hay un 7.9% de personas en riesgo a lo largo de la vida y un 2.3% en el último año y donde aparecen también claras diferencias por sexos (9.6% y 3.2% en hombres para vida y último año y 6.3% y 1.6% para esas mismas categorías en mujeres). Pero esto puede ser engañoso, porque esta denominación de juego en riesgo nada tiene que ver con criterios diagnósticos del DSM-IV y puede continuar, de no saber bien a qué nos referimos con esta categoría, a incrementar la confusión si se abusa de este término.

Lo cierto es que, por lo dicho hasta ahora, el NODS es un instrumento de evaluación del juego patológico que solventa algunos de los problemas de instrumentos previos, como el SOGS, y se basa en los criterios del DSM-IV, que son los de referencia que tenemos que seguir actualmente para hablar o no de juego patológico. Además, los datos obtenidos con el NODS sobre especificidad y sensibilidad son buenos y el instrumento se ha derivado directamente de los criterios diagnósticos del DSM-IV, con criterios estrictos y de alta calidad a nivel metodológico y de representatividad de las muestras utilizadas para su validación.

Otros estudios realizados en los últimos años en distintos países (ver tabla 3), lo que han hecho es utilizar nuevos instrumentos de evaluación del juego patológico o revisar el SOGS bajando el punto de corte. De este modo, la prevalencia del juego patológico desciende de modo significativo en estos estudios, que pasa a ser del 0.1 al 0.7%.

La única nota discordante con lo anterior es el estudio de Welte et al. (2002) en Estados Unidos, donde, utilizando el Diagnostic Interview Schedule (DIS) del DSM-IV para diagnosticar juego patológico, encuentra en una muestra representativa para Estados Unidos una prevalencia de juego patológico del 1.4% para el último año.

ESTUDIOS EN ESPAÑA

En España se realizó un estudio en Andalucía en 1994 por Irurita (1996), con una muestra representativa de 4.977 personas que permite también desagregar los datos de un modo fiable para cada una de sus provincias. Usaron un cuestionario derivado del DSM-IV, que en aquel momento estaba a punto de salir publicado, aunque no utilizaron ningún criterio de validación externa entre este cuestionario y el diagnóstico de juego patológico, con una escala de cuatro puntos para cada una de las preguntas. El porcentaje de jugadores patológicos que se obtuvo en este estudio fue del 1.8% para toda Andalucía y el de jugadores problema del 4.4%. Las provincias con mayores niveles de jugadores patológicos estaban ligeramente por encima del 2% (Cádiz, 2.7%; Sevilla, 2.3%; Málaga, 2.2%, y Huelva, 2.1%). Como en anteriores estudios encuentran que el mayor número de jugadores patológicos tienen edades de 18 a 30 años (el 33.7%), predominan las personas con pocos estudios y el 32% son parados, amas de casa o jubilados. Al contrario que el resto de los estudios encuentran que la relación hombre mujer es de 9:1 en los jugadores patológicos y de 8:2 en jugadores problema. El nivel de consumo de tabaco y alcohol en jugadores patológicos son casi idénticos a los ya indicados en el estudio de Becoña (1993b) en Galicia en esa misma época.

En la misma línea que el estudio anterior, Salinas y Roa (2001) han elaborado, también en Andalucía, un cuestionario para evaluar el juego patológico basado en los criterios del DSM-IV, aunque no se ha aplicado el mismo en estudios epidemiológicos.

Recientemente, el estudio de Becoña (2004) utilizó el NODS anteriormente descrito, que se adecua a los criterios del DSM-IV para el juego patológico, para evaluar el juego patológico en una muestra representativa de 1.624 personas adultas de Galicia. Del total de los sujetos de la

muestra, para el período de toda la vida, con el NODS el 98.56% reconoce que no tiene problemas con el juego. Los que puntúan cinco o más en el NODS, y siempre que jueguen un mínimo de 90 euros al año, serían jugadores patológicos, los de tres-cuatro jugadores problema y los de uno-dos jugadores en riesgo. Los resultados indican que un 0.92% serían jugadores patológicos a lo largo de su vida y un 0.31% a lo largo del último año. En todos los casos, estas personas son varones. A su vez, el porcentaje de jugadores problemas fue, para toda la vida, de un 0.18%, y de un 0.25% para el último año. El porcentaje de los jugadores de riesgo fue de un 0.31% para toda la vida y de un 0.25% para el último año. La agrupación de estas dos últimas categorías nos indicaría un 0.49% de jugadores problema y de riesgo tanto para el período de toda la vida como del último año. Hay que notar que existen diferencias en los mismos individuos para estar en unas o en otras categorías. Por ejemplo, varios jugadores patológicos en la vida pueden estar en la categoría actual de no jugadores, jugadores problema o jugadores de riesgo. Como en el caso de los jugadores patológicos, en todos los casos de los jugadores problema y de riesgo en esta muestra son hombres, sin ninguna mujer. Por edades, el 20% de los jugadores patológicos tienen de 18 a 30 años, el 33.3% de 31 a 45 años, el 6.7% de 46 a 64 años y el 40% 65 o más años. En los jugadores problemas y en riesgo, el 37.5% tiene de 18 a 30 años y un 50% de 46 a 64 años. Por estado civil, en los jugadores patológicos predominan los casados, un 60%, junto a los solteros, un 26.7%. En los jugadores problema y en riesgo, el 50% son solteros y el 37.5% casados. Por hábitat, el 20% de los jugadores patológicos son urbanos, el 40% viven en municipios intermedios y el restante 40% en municipios rurales. En los jugadores problema y en riesgo hay igualmente un 25% en la zona urbana y rural y el restante 50% en la zona intermedia.

TABLA 2

Porcentajes de jugadores patológicos y jugadores problema o de riesgo mediante el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems), en la muestra de Galicia (España) (2001) y la validación del NODS de EE.UU. (1999). Prevalencia de vida y del último año

Prevalencia (NODS)	GALICIA (ESPAÑA)		EE.UU.	
	Vida	Último año	Vida	Último año
Juego patológico (5 o más ítems)				
- Todos	0.92	0.31	0.8	0.1
- Hombre	0.92	0.31	0.9	0.1
- Mujer	0.00	0.00	0.7	0.2
Juego problema (3 ó 4 ítems)				
- Todos	0.18	0.25	1.3	0.4
- Hombre	0.18	0.25	1.6	0.4
- Mujer	0.00	0.00	1.0	0.4
Juego de riesgo (1 ó 2 ítems)				
- Todos	0.31	0.25	7.9	2.3
- Hombre	0.31	0.25	9.6	3.2
- Mujer	0.00	0.00	6.3	1.6
Agrupación de juego problema y de riesgo				
- Todos	0.49	0.49	9.2	2.7
- Hombre	0.49	0.49	11.2	3.6
- Mujer	0.00	0.00	7.3	2.0
Fuente: Becoña (2004)				

EL JUEGO PATOLÓGICO Y JUEGO PROBLEMA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

El juego patológico en jóvenes y adolescentes es un problema relevante. Distintos estudios realizados en países anglosajones (Becoña, 1993b; Fisher, 1993; Griffiths, 1991; Jacobs, 1989; Ochoa y Labrador, 1994; Labrador y Becoña, 1994) indican que la prevalencia en jóvenes y adolescentes está entre el 1,7% del estudio de Ladouceur y Mireault (1988) al 8% de

Lesieur et al. (1991) en el estado de Nueva York. Este último es el estudio más completo, en donde los autores obtuvieron prevalencias del juego patológico en estudiantes de enseñanza secundaria o universitaria, entre el 4% y el 8%, dependiendo del estado norteamericano en donde se hizo el estudio. Claramente, estos resultados son dos o tres veces mayores que la prevalencia obtenida en adultos. Estudios como el de Zitlow (1992), donde encuentra un 9.6% de jugadores adolescentes entre los indios norteamericanos en Minnesota, son aún resultados superiores a los vistos.

Si nos referimos a estudios recientes vemos que se encuentran porcentajes entre el 3% y el 10% de jugadores problema en Estados Unidos (Govoni, Rupcich y Frisch, 1996; Westphal et al., 2000; Winters et al., 1993); del 4.7% en Canadá (Gupta y Deverensky, 1998), y del 5.6% (Fisher, 1999) y el 6% (Woody y Griffiths, 1998) en el Reino Unido. En una revisión de cinco estudios sobre el juego realizados en estudiantes de educación secundaria, Jacobs (1989) indicó que la prevalencia de los probables jugadores patológicos entre los estudiantes de secundaria era más del triple que la de adultos. De la misma forma, en el estudio de Lesieur et al. (1991), con universitarios, el porcentaje de juego problema y patológico era de cuatro a ocho veces más alto que el de los adultos. En el meta-análisis de Shaffer y Hall (1996) sobre la prevalencia del juego patológico entre adolescentes, en los 11 estudios incluidos en el meta-análisis (de 13 a 20 años), la prevalencia de juego compulsivo, patológico o de alto riesgo fluctuó entre el 3.5% y el 17.1%. La media estimada para el juego patológico o para graves problemas con el juego oscilaba entre el 4.4% y el 7.4% (intervalo de confianza del 95%). A su vez, datos de varios países indican que el juego patológico se inicia a edades tempranas. Dell, Ruzicka y Palisi (1981) encontraron que el 33% de sus jugadores patológicos adultos habían empezado a jugar antes de los 10 años, el 47% entre los 11 y 18 años y sólo un 14% a los 19 o más años. De la misma forma, Fisher (1993a), Griffiths (1995), Ide-Smith y Lea (1988) y Ladouceur, Dubé y Bujold (1994) encontraron que los adolescentes adictos al juego habían empezado a jugar a los 9, 10 u 11 años.

En España, sólo se han realizado estudios parciales sobre el juego patológico o el juego problema en niños y adolescentes (ej., Arbinaga, 1996; Becoña, 1997; Becoña y Gestal, 1996; Becoña, Míguez y Vázquez, 2001a, 2001b); Villa, Becoña y Vázquez, 1997). Utilizando el DSM-IVJ de Fisher (1993b), en dos ciudades españolas (A Coruña y Gijón), en niños de 11 a 16 años, la prevalencia de juego problema en máquinas tragaperras fue del 2% (Becoña y Gestal, 1996) y el 1.6% (Villa et al., 1997), res-

pectivamente. En el estudio de Becoña (1997), realizado en la ciudad de A Coruña, se encontró un 2.4% de probables jugadores patológicos mediante el SOGS-RA. En el estudio de Arbinaga (1996), realizado en estudiantes de 13 y más años de enseñanza secundaria escolarizados de la ciudad de Huelva, se halló un 2.74% utilizando el SOGS.

Aunque lo cierto es que en adolescentes suele hablarse de juego problema más que de juego patológico, utilizándose instrumentos derivados del SOGS o del DSM-IV. Sin embargo, como ocurre actualmente con los resultados en adultos, estos datos pocas veces tienen un claro correlato con el diagnóstico clínico siguiendo los criterios del DSM-IV (Winters, 2000). En este sentido se aprecia un importante cambio en la denominación o conceptualización del problema del juego en exceso cuando nos referimos a una población clínica. Actualmente está clara la dependencia del juego, bajo la denominación de juego patológico, tal como indica el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Hasta hace poco, la mayoría de los estudios que se realizaban sobre el juego patológico utilizaban instrumentos de evaluación como el SOGS, para adultos, e instrumentos derivados del mismo, como el SOGS-RA, para adolescentes. El SOGS de Lesieur y Blume (1987, 1993) cubría parte de los criterios diagnósticos del DSM-III y del DSM-III-R. Cuando se hacía un estudio epidemiológico se utilizaba la denominación de "probable jugador patológico" para aquellas personas con una puntuación de cinco o más en el mismo. Sin embargo, hoy hay consenso acerca de que aunque el SOGS correlaciona significativamente con los criterios del juego patológico del DSM-IV, no es lo mismo; además, probablemente sobreestima el número de jugadores patológicos (Volberg, 1999). Por todo ello, en los últimos años, cuando nos referimos a estudios epidemiológicos, tanto realizados en adultos (ej., Abbott y Volberg, 2000) como en adolescentes (Winters, 2000), se prefiere utilizar la denominación de juego problema y no la de juego patológico, especialmente porque han sido obtenidos con el SOGS o con el SOGS-RA. Sólo hablaríamos de jugador patológico cuando realizamos un diagnóstico clínico, como ocurre especialmente en el campo del tratamiento. Así, aplicado a adolescentes, se prefiere utilizar la denominación de juego problema (Winters, 2000; Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993; Sproston, Erens y Orford, 2000), especialmente referido a los estudios realizados en la población para estimar su prevalencia. Esto se debe a varias razones: 1) por no ser posible establecer con los instrumentos utilizados hasta ahora un diagnóstico equivalente a los criterios diagnósticos del DSM-IV; 2) porque todavía

desconocemos la razón por la que se encuentra una prevalencia tan alta de juego patológico o juego problema en los estudios hechos en adolescentes, que suele ser del doble al cuádruple de la encontrada en adultos (Gambino, 1997; Yafee y Brodsky, 1997); 3) porque probablemente estamos sobreestimando la prevalencia del juego patológico en adolescentes, especialmente cuando se quiere hacer coincidir una evaluación puntual en la población de adolescentes mediante cuestionarios, respecto a lo que sería un diagnóstico clínico real de juego patológico (Gupta y Devereensky, 1998), y 4) porque es probable que los instrumentos de evaluación que se vienen utilizando no sean los más adecuados para este tipo de población (Gerstein et al., 1999), a pesar del gran desarrollo de instrumentos y estudios realizados en estos años en adolescentes (Winters, 2000).

CONCLUSIÓN

Los datos actualmente disponibles nos obligan, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el juego patológico, a considerar que los niveles de prevalencia existentes, tanto en España como en otros países, para el mismo son inferiores a los que manejábamos hace años partiendo de los estudios del DSM-III, DSM-III-R o el SOGS de Lesieur y Blume (1987, 1993). De modo más concreto, con el instrumento elaborado en Estados Unidos, el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems), se encuentran porcentajes menores de jugadores patológicos, tanto en Estados Unidos como en España, que lo que manejábamos hace pocos años. Así, por ejemplo, si los estudios previos realizados en Galicia indicaban una prevalencia del 1.7% de jugadores patológicos y de un 1.6% de jugadores problemas, utilizando los criterios del DSM-III-R (Becoña, 1993a, 1993b) y, con el SOGS, del 1.4% de jugadores patológicos y un 2.0% de jugadores problema (Becoña y Fuentes, 1995), en el momento actual con el NODS, instrumento derivado del DSM-IV, encontramos un 0.9% de jugadores patológicos a lo largo de la vida y un 0.3% en el último año. Estos resultados son claramente inferiores a los obtenidos en otros estudios con instrumentos distintos, así ocurría con el SOGS, tanto en Galicia (Becoña y Fuentes, 1995) como en otras comunidades autónomas (ej., Ramírez et al., 1999), como utilizando otros instrumentos o metodologías (ej., Becoña, 1993a; Irurita, 1996; Ramírez et al., 1999). Y lo mismo está ocurriendo en otros países. Como se puede ver en la tabla 3, los estu-

TABLA 3

Ejemplo de estudios recientes sobre la prevalencia del juego patológico en varios países, con muestras representativas de su población

Estudios	País	Instrumento	(Último año)
Abbott y Volberg (2000)	Nueva Zelanda	SOGS-R	0.5%
Rönnberg (2000)	Suecia	SOGS	0.6%
Ferris y Wynne (2000)	Canadá	CPGI	0.7%
Gernstein et al. (1999)	Estados Unidos	NODS	0.1%
Welte et al. (2002)	Estados Unidos	DSM-IV-DIS	1.4%
Wong y So (2003)	Hong Kong	GBI	1.8%
Becoña (2004)	Galicia (España)	NODS	0.3%

SOGS= South Oaks Gambling Screen
 SOGS-R= South Oaks Gambling Screen, revisado
 CPGI=Canadian Problem Gambling Index
 GBI=DSM-IV Gambling Behavior Index
 NODS=NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems
 DSM-IV-DIS=DSM-IV-Diagnostic Interview Schedule.

dios de los últimos años con distintas metodologías indican que la prevalencia del juego patológico en la población es menor a la que estimábamos hasta ahora, estando el rango entre el 0.1% y el 0.7%.

En nuestra consideración, como hemos analizado en Becoña (2004), ha sido el cambio de criterios diagnósticos para el juego patológico lo que está debajo de esta teórica discrepancia. También no debemos olvidar que varios autores han indicado que el punto de corte de cinco criterios para el diagnóstico del juego patológico es muy alto (ej., Stinchfield, 2003) y que debería rebajarse a cuatro, utilizando el DSM-IV; o que ahora se utiliza el criterio de padecer el trastorno en los últimos 12 meses para llegar a su diagnóstico, lo que no significa que la persona no precise ayuda, especialmente para evitar la recaída si antes tenía problemas de juego patológico (Toce-Gerstein y Gerstein, 2004); o que los servicios de tratamiento puestos en marcha en estos años (Volberg, 2004) hayan ayudado a que los jugadores patológicos jueguen menos y que, por ello, no aparezcan en los estudios como jugadores patológicos. Igualmente, también cabe la posibilidad de que las características de nuestros jugadores patológicos sean distintas, como indicaba Echeburúa, Báez, Fernández y

Páez (1994) hace años, donde con el SOGS proponían bajar el punto de corte de cinco a cuatro criterios, cuando en aquel momento el SOGS se adecuaba bastante bien a los criterios del DSM-III-R. En todo caso, nuevos estudios sobre esta problemática, que es de indudable gravedad, nos permitirán conocer más exactamente la prevalencia en nuestra población. Y, en la consideración más baja de prevalencia del juego patológico, estaríamos hablando de varios cientos de miles de jugadores patológicos que precisan ayuda. Esto representa un importante número de afectados, con los problemas que acarrea para ellos, sus familias y otras personas, así como para el sistema sanitario, especialmente para la asistencia en salud mental, al tener que prestarle servicio a los mismos o, al menos, a una parte de los que acuden a tratamiento para este trastorno. Lo que también sabemos, de modo positivo, es que la percepción de riesgo sobre el problema del juego se ha incrementado en la población española (Becoña, 2002), como un efecto de rebote de sus graves consecuencias en los años 90. Con todo, la gravedad del problema y el gran número de afectados están hoy como ayer presentes en nuestra sociedad.

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña.

Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología.
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur.
15782 Santiago de Compostela. E-mail: pcelisar@usc.es.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, M.W., y Volberg, R.A. (1996). The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 12:143-160.
- Abbott, M., y Volberg, R. (2000, junio). Prevalence of pathological gambling in New Zealand. *Comunicación presentada al 11th International Conference on Gambling & Risk Taking*. Las Vegas, Nevada.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised 4th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arbinaga, F. (1996). Conductas de juego con apuestas y uso de drogas en una muestra de adolescentes de la ciudad de Huelva. *Análisis y Modificación de Conducta* 22:577-601.
- Bachman, J. G.; O'Malley, P.M.; Schulenberg, J. E.; Johnston, L.D.; Bryant, A. L., y Merline, A.C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Becoña, E. (1993a). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1993b). *The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain)*. *Journal of Gambling Studies* 9:353-369.
- Becoña, E. (1996a). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (1996b). The problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies* 12:179-192.
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports* 81:275-287.
- Becoña, E. (1998a). Conductas adictivas. ¿El problema del siglo XXI? *Psicología Contemporánea* 5:4-15.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología* 30:7-19.
- Becoña, E. (2002). Evolución de las opiniones y creencias sobre el juego de azar en la población adulta a lo largo de 10 años: 1991-2001. *Adicciones*, 14(Supl. 2): 94-95.

- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones* 16:173-184.
- Becoña, E., y Fuentes, M.J. (1995). El juego patológico en Galicia evaluado con el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones* 7:423-440.
- Becoña, E., y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de E.G.B. *Psicothema* 8:13-23.
- Becoña, E.; Labrador, F.J.; Echeburúa, E.; Ochoa, E., y Vallejo, M.A. (1995). Slot gambling in Spain: A new and important social problem. *Journal of Gambling Studies* 11:265-286.
- Becoña, E.; Lorenzo, M.C., y Fuentes, M.J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports* 78:635-640.
- Becoña, E.; Míguez, M.C., y Vázquez, F.L. (2001). *El juego problema en los niños de Galicia*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E.; Míguez, M.C., y Vázquez, F.L. (2001). El juego problema en los niños escolarizados de la enseñanza secundaria de 14 y más años de Galicia. *Psicothema* 13:559-564.
- Bombín, B. (Comp.) (1992). *El juego de azar. Patología y testimonios*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Cayuela, R. (1990). *Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects*. Paper presented at the Eight International Conference on Risk and Gambling, London, August.
- Comisión Nacional del Juego (1986). *Libro blanco del juego*. Madrid: Ministerio del Interior
- Comisión Nacional del Juego (2003). Memoria de Juego 2002. Ministerio del Interior, Comisión Nacional del Juego (en www.mir.es)
- Dell, L.J.; Ruzicka, M.F., y Palisi, A.T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *International Journal of the Addictions* 16:149-156.
- Dickerson, M.G.; Baron, E.; Hong, S-M., y Cottrell, D. (1996). Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: A national survey. *Journal of Gambling Studies* 12:161-178.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Echeburúa, E.; Báez, C.; Fernández, J., y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta* 20:769-791.

- Echeburúa, E.; Báez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 24:51-72.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy* 31:351-364.
- Fernández-Alba, A., y Labrador, F.J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Síntesis.
- Ferris, J., y Wynne, H. (2001). The Canadian Problem Gambling Index: Final Report. En <http://www.CanadianProblemGamblingIndex.FinalReport> (22.8.2003).
- Fisher, S. (1993a). El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y el juego patológico en adolescentes: El caso del Reino Unido. *Psicología Conductual* 1:351-359.
- Fisher, S. (1993b). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies* 9:277-288.
- Fisher, S. (1999). A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addiction Research* 7:509-538.
- Gernstein, D.; Murphy, S.; Tace, M.; Hoffman, J.; Palmer, A., y Johnson, R. et al. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Chicago: Report to the National Gambling Impact Study Commission.
- Gambino, B. (1997). Method, method: Who's got the method? What can we KNOW about the number of compulsive gamblers? *Journal of Gambling Studies* 13:291-296
- González, A.; Jiménez, S., y Aymamí, M.N. (1999). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. *Anuario de Psicología* 30:111-125.
- Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. London: Routledge.
- Govoni, R.; Rupcich, N., y Frisch, G.R. (1996). Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies* 12:305-317.
- Griffiths, M.D. (1991). An analysis of "Amusement machines dependency and delinquency" (Home Office Research Study 101). *Journal of Gambling Studies* 7:79-86.
- Griffiths, M. (1995). *Adolescent gambling*. Londres: Routledge.
- Gupta, R., y Devereensky, J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies* 14:319-345.

- Ide-Smith, S.G., y Lea, S.E.G. (1988). Gambling in young adolescents. *Journal of Gambling Behavior* 4:100-118.
- Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales.
- Jacobs, D.F. (1989b). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En: H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Lexington, MA: Lexington Books.
- Labrador, F.J., y Becoña, E. (1994). Juego patológico: aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En: J.L. Graña (Coord.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 495-520). Madrid: Debate.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec. *Canadian Journal of Psychiatry* 36:732-734.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies* 12:129-142.
- Ladouceur, R.; Dubé, D., y Bujold, A. (1994). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry* 39:289-293.
- Ladouceur, R., y Mireault, C. (1988). Gambling behavior among high school students in the Quebec-area. *Journal of Gambling Behavior* 4:3-12.
- Legarda, J.J.; Babio, R., y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions* 87:767-770.
- Lesieur, H.R. (2002). Epidemiological surveys of pathological gamblers: Critique and suggestions for modification. En: J.J. Marotta, J.A. Cornelius y W.R. Eadington (Eds.), *The downside: Problem & pathological gambling* (pp. 325-338). Reno, NV: Institute for the Study of Gambling & Commercial Gambling.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 144:1184-1188.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies* 9:213-223.
- Lesieur, H.R., y Rosenthal, R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (Prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies* 7:5-39.
- National Research Council (1999). *Pathological gambling: A critical review*. Washington, DC: Autor.

- Ochoa, E.; Labrador, F.J.; Echeburúa, E.; Becoña, E., y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Ramírez, J.N.; Cabanes, M.; Carbonero, M.; Castilla, R.; Duarte, J., y Gutiérrez, B. et al. (1999). *Análisis del sector de las máquinas recreativas "tipos A y B". Estimación y análisis de la proporción de ludópatas en Andalucía*. Córdoba: ANMARE.
- Raylu, N., y Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 22:1009-1061.
- Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia del juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa Dross. *Revista Española de Drogodependencias* 14:265-275.
- Rönnberg, S. D. (2000, junio). Pathological gambling in Sweden. *Comunicación presentada al 11th International Conference on Gambling & Risk Taking*. Las Vegas, Nevada.
- Rosenthal, R.J. (1992). Pathological gambling. *Psychiatric Annals* 22:72-78.
- Salinas, J. M., y Roa, J. (2001). Cuestionario de diagnóstico del juego patológico FAJER. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 1:353-370.
- Shaffer, H.J., y Hall, M.N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies* 12:193-214.
- Sproston, K.; Erens, B., y Orford, J. (2000). *Gambling behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey*. Londres, RU: National Centre for Social Research.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27:1-19.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 160:180-182.
- Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias* 23:53-74.
- Toce-Gerstein, M., y Gerstein, D.R. (2004). Of time and the chase: Lifetime versus pat-year measures of pathological gambling. *eGambling. The Electronic Journal of Gambling Issues* 10:1-5 (recuperado el 18-2-04)
- Villa, A., Becoña, E., y Vázquez, F.L. (1997). Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. *Adicciones* 9:195-208.

- Volberg, R.A. (1993). Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. En: W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp. 365-378). Reno, NE: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.
- Volberg, R.A. (1996). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies* 12:111-128.
- Volberg, R. (1999). Research methods in the epidemiology of pathological gambling: Development of the field and directions for the future. *Anuario de Psicología* 30:33-46.
- Volberg, R.A. (2002). The epidemiology of pathological gambling. *Psychiatric Annals* 32:171-178.
- Volberg, R.A. (2004). Fifteen years of problem gambling research: What do we know? Where do we go?. *eGambling. The Electronic Journal of Gambling Issues* 10:1-19 (recuperado el 15-7-04).
- Welte, J.W.; Barnes, G.M.; Wieczorek, W.F.; Tidwell, M.C., y Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S.-Results from a National Survey. *Journal of Gambling Studies* 18:313-337.
- Winters, K.C. (2000, junio). Youth gambling: Transition from adolescence to young adulthood. *Comunicación presentada al 11th International Conference on Gambling & Risk Taking*. Las Vegas, Nevada.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R.D., y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* 9:63-84.
- Wong, I.L., y So, E.M. (2003). Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong. *American Journal of Psychiatry* 160:1353-1354.
- Winters, K.C. (2000, junio). *Youth gambling: transition from adolescence to young adulthood*. Comunicación presentada en el 11th International Conference on Gambling & Risk Taking. Las Vegas, EUA.
- Woody, R.T.A., y Griffiths, M.D. (1998). The acquisition, development and maintenance of lottery and scratchcard gambling in adolescent. *Journal of Adolescence* 21:265-273.
- Yafee, R.A., y Brodsky, V.J. (1997). Recommendations for research and public policy in gambling studies. *Journal of Gambling Studies* 13:309-316.
- Zitzow, D. (1992). *Incidence and comparative study of compulsive gambling behaviors between Indian and non-Indians within and near a northern plains reservation*. Bemidji, MN: Indian Health Service, Bemidji Area Office.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO Y SCREENING DEL JUEGO PATOLÓGICO

José María Salinas
Universidad de Granada

RESUMEN

En la introducción se comenta la rápida expansión de la oferta de juegos de azar en España a partir de 1977 y el incremento en el número de jugadores patológicos que ha aparecido ligado a este crecimiento. También se comenta el modelo de enfermedad para este trastorno y las connotaciones que acompañan a su asunción. A continuación, se presenta la evolución de los criterios diagnósticos del juego patológico. Sigue un comentario sobre el doble uso de los instrumentos de diagnóstico o screening del juego patológico en el aspecto clínico individual y en el epidemiológico o social. Finalmente, se hace una revisión de las características y propiedades psicométricas de los instrumentos más difundidos.

Palabras clave: juego patológico, diagnóstico, screening, cuestionarios.

ABSTRACT

In the introduction the fast expansion of gambling in Spain from 1977 is commented as well as the increment in the number of pathological players that have appeared connected with this growth. Also the illness model for this inconvenience is commented as well the connotations that accompany to its assumption. Subsequently the evolution of the diagnostic criteria of pathological gambling is presented. A comment on the double use of the instruments to diagnosis or screening the pathological gambling for clinical applications and in the epidemiological or social

research. Finally, a revision of the characteristics and psychometric properties of the most diffused instruments is presented.

Key words: pathological gambling, diagnostic, screening, questionnaires.

INTRODUCCIÓN

Es un hecho indudable que la sociedad española ha evolucionado hacia unas actitudes mucho más permisivas con el juego que se han reflejado en el marco legal del mismo. Las razones de este cambio no aparecen claras. Podríamos apuntar a un ansia general de libertad que pretendería eliminar cualquier traba a los deseos del individuo; también al intento de disociar los aspectos morales de las normas legales necesarias. Probablemente estas y otras causas existían en el año 1977, cuando se cambia radicalmente la regulación sobre el juego, pero no se habrían materializado de no existir intereses económicos muy fuertes que aprovecharon y orquestaron este movimiento en su propio provecho.

Al amparo del acontecimiento social que supuso la legalización de casinos y bingos con el objetivo de fortalecer nuestro sector turístico, en 1981 se legalizan sin alboroto las máquinas recreativas y de azar y su rápida expansión permitió inundar hasta el último rincón del país con estas máquinas (Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo, 1995) que constituyen puntos de juego continuo y de recompensa inmediata, mucho más adictivos que las tradicionales loterías y cupones.

Está ampliamente asumido que el aumento de la oferta de juegos legales y la mayor disponibilidad del juego conducen a incrementar el número de personas que tienen problemas con el juego y de los que llegan a desarrollar una patología del mismo (Abbott, Volberg y Rönnerberg, 2004). Así, Becoña (1999) afirma con referencia a otros trabajos anteriores:

En suma, la disponibilidad y acceso al juego ha sido, y sigue siendo, uno de los principales responsables del incremento tan exagerado del número de jugadores patológicos en España.

Procesos semejantes se han observado en Alemania y Holanda, donde la expansión del juego en la década de los 70 ha disparado la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el juego (Becoña, 1996).

Otro fenómeno asociado con la legalización del juego es la integración de las actividades del mismo y su control como parte de la Administración. Los gobiernos reciben ingresos en concepto de impuestos, tasas y beneficios sobre el juego y de esta forma, la prestación de servicios con

cargo a los presupuestos se hace dependiente de la industria del juego. También muchas ocupaciones y negocios necesitan del juego para su viabilidad económica, bien directamente como vendedores de loterías, empleados de bingos y casinos, constructores, propietarios y equipos de mantenimiento de máquinas, bares, pequeño comercio que complementa sus ingresos con servicios a los juegos de azar o indirectamente por la expansión de sus actividades para cubrir las necesidades de asesoría, defensa legal, servicios financieros, etc. de las empresas de juego (Volberg, 1998). Todo este entramado, actuando como grupo de presión, hace que una vez legalizados los juegos de azar su erradicación o limitación sea vista como un acto demencial que va a destruir la forma de vida de un gran número de personas.

Dentro de este contexto, no es de extrañar que exista una confabulación tácita para que el jugador patológico sea ocultado y el juego patológico tratado con apatía y mostrado como insignificante o inexistente (Custer, 1989).

Una de las formas de minimizar los problemas que ocasiona el juego ha sido transformar al jugador patológico en un "enfermo" y encomendar su cuidado a profesionales de la salud, como psicólogos o psiquiatras. Esto, que indudablemente ha tenido sus ventajas al proporcionar ayuda profesional a estas personas, conlleva desplazar la causa del problema de los juegos de azar al individuo afectado, que debe tener alguna propensión o deficiencia por la cual a él el juego le hace daño. De esta forma, se produce una negación de responsabilidades. El jugador ya no tiene culpa. No es como aparecía en el siglo XIX, un sujeto amoral que voluntariamente sigue una vida disipada. Tampoco la tienen las Administraciones por permitir y fomentar esta actividad. Más bien los problemas que ocasiona el juego, al considerarse como enfermedad, vienen a ser accidentes que inevitable y desgraciadamente se dan de vez en cuando.

Frente a esta perspectiva exculpatoria de las Administraciones y de la industria del juego podría argumentarse que existen las enfermedades ambientales provocadas por la exposición a sustancias contaminantes. En este sentido, el juego patológico podría explicarse por la presencia de unos niveles intolerables de juegos de azar que afectan a algunas personas, y así como se vigila que el porcentaje de contaminación en el aire, en el agua y en los alimentos no sobrepase un cierto nivel, se podría exigir que el número de puntos de juego no supere una determinada concentración en nuestras calles, y sin embargo este discurso rara vez se escucha.

El modelo de “enfermedad” no es aceptado unánimemente. Hay autores que niegan la existencia de una patología. Por ejemplo, Rosencrance (1985) afirma que considerar el juego excesivo como una enfermedad es equivalente a medicalizar la discrepancia. Para Dickerson (1987) hay suficientes datos que sugieren que es inapropiado aplicar el modelo médico al juego compulsivo. Walker (1992) se basa en que el concepto de enfermedad implica un daño o disfunción de base fisiológica y argumenta que este elemento no ha sido establecido para los jugadores patológicos. Ahora bien, aunque no esté demostrado definitivamente, el concepto de enfermedad puede ser aplicado de forma instrumental como una metáfora útil (Shafer, 1985) que tranquilice y guíe al sujeto en tratamiento. La enfermedad es un modelo conocido por el sujeto que ofrece algunos principios interesantes, como pueden ser: la esperanza de curación; la necesidad de tratamiento; un esquema de relaciones terapéuticas.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El concepto del juego intenso como enfermedad cobra carta oficial de naturaleza cuando en 1980 la American Psychiatric Association (1980) clasifica, en el DSM III, el juego patológico como un trastorno del control de impulsos ofreciendo los siguientes criterios diagnósticos del juego patológico:

A. El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar.

B. El juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales, tal como viene indicado por, al menos, tres de los siguientes fenómenos:

1. Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.
2. Incapacidad para satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.
3. Alteraciones familiares o conyugales debidas al juego.
4. Obtención de dinero a través de fuentes ilegales (usureros).
5. Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.
6. Pérdida del trabajo debida al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.

7. Necesidad de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada.

C. El juego no es causado por un desorden de personalidad antisocial.

Sin embargo, se hizo bastante evidente que el juego patológico no tenía las características de una compulsión clásica. Los trastornos del control de impulsos son caracterizados por tres síntomas esenciales:

1º Fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o para los demás. Puede existir o no una resistencia consciente a este impulso. El acto puede ser premeditado y planificado o no.

2º Sensación creciente de tensión o de activación (arousal) antes de llevar a cabo el acto.

3º Experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto. Este acto es egosintónico en tanto en cuanto es consonante con el deseo consciente inmediato del individuo. Inmediatamente después del acto puede haber o no sentimientos sinceros de pena auto-reproche o culpa.

Una compulsión no es algo que el paciente quiera hacer, sino más bien algo que debe hacer, a pesar de los sentimientos negativos que le genera. Es decir, requiere la resistencia del impulso. El jugador excesivo que busca jugar planifica la próxima ronda y está excitado por la posibilidad de apostar; no puede decirse que manifieste un deseo permanente de dejar de jugar, por lo que no hay una resistencia real al impulso.

De esta forma, el criterio general entre psicólogos y psiquiatras se modificó en el sentido de definir el juego patológico como una adicción. Así, la versión revisada, DSM III-R (A.P.A., 1987), mantiene el juego patológico en el capítulo de "Trastornos del control de impulsos", pero cambia substancialmente los criterios, que pasan a expresarse como:

Conducta de juego pernicioso, indicada por, al menos, cuatro de los siguientes síntomas:

1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.
2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado.
3. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar.
5. Pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar.
6. Esfuerzos repetidos por reducir o parar el juego.

7. Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.
9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego.

Estos criterios presentan un gran paralelismo con los que se establecen para la dependencia de sustancias psicoactivas, apareciendo características típicas como el deseo de jugar, pérdida de control, tolerancia, expresada por la necesidad de aumentar la cantidad jugada, síntomas de síndrome de abstinencia que desaparecen con el juego, intentos de reducirlo, etc.

El manual DSM IV (A.P.A., 1994) hace explícita esta concepción del juego, como una forma de dependencia, cuando afirma:

El juego patológico es análogo a la dependencia de sustancias en que se caracteriza por tolerancia, abstinencia, uso compulsivo y consecuencias adversas. Aunque se incluye en los trastornos del control de los impulsos, la definición de juego patológico propuesta más adelante se ajusta también a la definición de dependencia de sustancias.

Los criterios del DSM IV para el diagnóstico de juego patológico son:

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 arriesgado 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. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) incluye también el juego patológico dentro de los trastornos de los hábitos y de los impulsos indicando:

El trastorno consiste en episodios frecuentes e iterativos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares.

Incluye el juego compulsivo como sinónimo y excluye: juego en trastorno asocial de la personalidad; juego excesivo en pacientes maníacos; juego y apuesta SAI.

Como puede observarse, el criterio diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) difiere significativamente del establecido por el DSM-IV. Sobre las diferencias y aspectos metodológicos de la construcción de ambos pueden verse los comentarios de Lesieur (1993). En la práctica actual podemos afirmar que predomina claramente como criterio el descrito por el DSM-IV.

La investigación sobre el modelo conceptual explicativo del juego patológico continúa en marcha, pudiéndose agrupar las distintas líneas en tres aproximaciones conceptuales generales: un desorden del control de impulsos; una adicción; un desorden obsesivo-compulsivo (Blaszczynski, 1999). Sin embargo, el refuerzo obtenido por el modelo adictivo a través de distintos trabajos sobre las bases bioquímicas del juego patológico (Comings et al., 1996; Ibáñez et al., 2003) y ciertas ventajas políticas de esta posición, hacen pensar que la visión actual de la patología del juego como una conducta adictiva en los términos en que se refleja en el DSM-IV no será modificada a corto plazo y seguirá siendo la única referencia válida, con aceptación amplia y oficialmente establecida para elaborar un diagnóstico.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO Y SCREENING

El diagnóstico del juego patológico tiene dos aspectos fundamentales: el clínico, con orientación individual y propósito terapéutico, y el epidemiológico, encaminado a determinar la prevalencia del trastorno e inspirar las políticas públicas sobre el juego. En ambos casos, los instrumentos que se describirán pueden ser útiles y necesarios.

Es cierto que desde el punto de vista del diagnóstico individual sería más satisfactorio contar con unas pocas y bien establecidas características que lidiar con las puntuaciones alcanzadas en un cuestionario. Sin embargo, la naturaleza continua de la implicación en el juego hace que inevitablemente se tengan que establecer puntos de corte en ese continuo como criterios para el establecimiento de la patología. Esta situación es compartida con muchas enfermedades de base claramente fisiológica como la hipertensión, diabetes, dislipemia, etc., cuyo diagnóstico hace referencia a los valores sobre una escala.

Rosenthal (1989), algún tiempo después de que se publicase el DSM-III-R, realizó una investigación entre 12 de los más experimentados clínicos en el diagnóstico y tratamiento de los jugadores patológicos. Uno de los resultados de este estudio es que aparte de los criterios del DSM-III y del DSM-III-R, la mayoría de ellos utilizaban como apoyo al diagnóstico algunos de los cuestionarios disponibles en aquella fecha y que en principio estaban considerados como elementos de screening. En concreto, ocho de ellos utilizaban la escala de las 20 preguntas de Jugadores Anónimos y seis de ellos utilizaban el South Oaks Gambling Screen. La ventaja de utilizar instrumentos estandarizados, como parte del diagnóstico individual, es que permite tener medidas objetivas y criterios de comparación que sirvan como guía, aparte de sistematizar la recogida de datos, tanto para la información interna del terapeuta u organización como para estudios comparativos.

En España se han realizado bastantes estudios de prevalencia, pero hasta el momento todos ellos han sido de ámbito local o regional. Esto hace que sus datos, aunque ilustrativos, no sean concluyentes; de forma que aquellos que quieren minimizar el problema del juego patológico, siempre pueden ampararse en la afirmación de que tales resultados corresponden a zonas especialmente sensibles al problema. Creo que ha llegado el momento de promover un estudio nacional sobre la participación en los juegos de azar y la prevalencia del juego patológico, realizado por un organismo de la máxima solvencia, para establecer de forma

precisa la magnitud del problema. Hace algunos años servía de excusa que ningún país del mundo había realizado tal estudio; sin embargo, en el momento presente estudios nacionales se han completado en Nueva Zelanda, Suecia, Suiza, Australia, Estados Unidos y Gran Bretaña (Abbott, Volberg y Rönnerberg, 2004) marcando el camino a seguir.

La realización de una encuesta nacional requiere que se utilicen procedimientos homogéneos en todo el territorio y el empleo de medidas de juego patológico validadas con anterioridad. Así, en el estudio de Nueva Zelanda se utilizó el SOGS revisado y en Suecia el SOGS revisado y el DSM Screen.

Una dificultad que surge en los estudios de prevalencia es que los criterios diagnósticos del DSM-IV y de los instrumentos inspirados en él plantean una dicotomía: cinco puntos o más jugador patológico, menos de cinco puntos jugador no patológico. Por ejemplo, una persona que haya tenido fracasos repetidos en los esfuerzos por dejar de jugar, que cuando pierde vuelve al día siguiente a recuperar sus pérdidas, que engaña a sus familiares para ocultar el juego y que haya cometido actos ilegales para financiar el juego, puede que no sea diagnosticado como jugador patológico, si no cumple alguno de los restantes criterios, pero tampoco podemos decir que sea alguien que tiene una relación normal con los juegos de azar.

Para reflejar estas personas que no pueden clasificarse como jugadores patológicos, pero que obviamente tienen dificultades con el juego en los estudios de prevalencia, se añaden otras categorías. Por ejemplo, Becoña (1993) utilizó los términos jugador patológico, jugador problema y jugador social excesivo. Jugador patológico eran aquellas personas que tenían cuatro o más síntomas del DSM-III-R; jugador problema, aquellas que tenían dos o tres síntomas, y jugador social excesivo, las que tenían uno o ningún síntoma, pero que jugaban una proporción importante de sus ingresos o dedicaban mucho tiempo. En el Gambling Impact and Behavior Study (National Opinion Research Center, 1999) se establecieron para los que perdían más de una cierta cantidad las siguientes categorías: jugador patológico si cumplía cinco o más criterios del DSM-IV; jugador problema si cumplía tres o cuatro criterios, y jugador en riesgo si cumplía uno o dos.

A continuación se describen los instrumentos para adultos más conocidos, junto con sus propiedades psicométricas. En primer lugar aparecen los desarrollados en lengua inglesa y a continuación, aquellos cuyo desarrollo original se realizó en español.

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS)

Este cuestionario de lápiz y papel que consta de 20 ítems fue desarrollado por Lesieur y Blume (1987) para el screening del juego patológico en poblaciones clínicas. Basado en los criterios diagnósticos del DSM-III, se adapta también a los criterios modificados del DSM-III-R; de hecho, ambos criterios se utilizaron en su desarrollo y validación (Culleton, 1989; Lesieur y Blume, 1987). Es el cuestionario más difundido y utilizado en la evaluación del juego patológico, tanto en los enfoques clínicos como epidemiológicos. En un metaanálisis de 152 estudios sobre la prevalencia del juego patológico, Shafer, Hall y Vander Bilt (1997) encontraron que más de la mitad de ellos utilizaron el SOGS como medida del juego patológico.

En realidad, el formato del SOGS consta de 16 preguntas, pero la última de ellas, relativa a las formas de financiación del juego, presenta once alternativas, designadas a, b,... k. Sin embargo, como los ítems 1, 2, 3, 12, 16j, 16k no se valoran, quedan 20 ítems cuyas respuestas se valoran 0 ó 1. La suma de estas valoraciones proporciona una puntuación entre 0 y 20. El punto de corte propuesto por los autores es cinco. Una puntuación de cinco o más indica que el respondente es un probable jugador patológico.

El estudio original del desarrollo del SOGS, para probar que eran satisfactorias su fiabilidad y validez, utilizó cuatro muestras diferentes. Una constituida por 213 miembros de Jugadores Anónimos, otra de 384 estudiantes universitarios, una tercera de 867 pacientes internos de hospital psiquiátrico y una cuarta de 152 empleados de hospital. La fiabilidad fue estimada combinando las muestras de Jugadores Anónimos, estudiantes y empleados y calculando su consistencia interna (coeficiente alfa = 0,97). La fiabilidad test-retest al cabo de un mes fue calculada a partir de la clasificación dicotómica de 74 pacientes internos y 38 pacientes externos en sujetos con cinco o más puntos y sujetos con menos de cinco puntos ($r = 0,71$). La validez fue examinada correlacionando el SOGS con evaluaciones independientes de consejeros, familiares y diagnósticos basados en el DSM-III-R. El SOGS correlacionó las evaluaciones de los consejeros ($r = 0,86$) con las de los familiares ($r = 0,60$) y con el diagnóstico del DSM-III-R ($r = 0,94$). Las clasificaciones basadas en el SOGS mostraron un alto grado de concordancia con las realizadas con el DSM-III-R: 98,1% entre los miembros de Jugadores Anónimos; 95,3% para los estudiantes universitarios; 99,3% entre los empleados de hospital.

La alta difusión y larga trayectoria del SOGS ha dado ocasión a que reciba diversas críticas (Culleton, 1989; Dickerson, 1993; Volberg, 1999). Las principales objeciones hacen referencia al excesivo número de falsos positivos que se obtienen cuando se utiliza en estudios de prevalencia basados en encuestas a la población general en la que la tasa base es mucho menor que en los ensayos clínicos. A la falta de un marco de referencia temporal, lo que implica una concepción del juego patológico como enfermedad crónica, que no permite distinguir entre jugadores patológicos en remisión de aquellos que permanecen activos.

Lesieur y Blume (1993) revisaron el SOGS introduciendo modificaciones en el ítem 3, que pasó de hacer referencia a los problemas de juego de los padres, a las personas del entorno próximo, distinguiendo: padre, madre, hermanos, abuelos, esposo, hijo, otros familiares, amigos, y en el ítem 8 cuyo enunciado fue ampliado para aclarar y especificar el concepto. Al mismo tiempo sugirieron que la pregunta 1, relativa a los tipos de juego en que el sujeto participa, debe ser adaptada para reflejar los juegos disponibles en el país o región donde se aplique y que la referencia inicial del cuestionario a toda la vida del sujeto, se modificase para cubrir seis meses o un año.

Stinchfield (2002) ha validado el SOGS con una referencia temporal de un año. En su estudio se aplicó el SOGS y una medida del criterio diagnóstico del DSM-IV a una muestra de 803 sujetos de la población general y a otra de 1.589 jugadores en tratamiento. La consistencia interna fue adecuada, obteniéndose para el coeficiente alfa 0,69, en la muestra de población general y 0,86 en la de jugadores en tratamiento. La validez también es satisfactoria, obteniéndose correlaciones entre el SOGS y la medida del criterio del DSM-IV de $r = 0,77$ en la población general y $r = 0,83$ en los sujetos en tratamiento. Usando el criterio diagnóstico del DSM-IV como referencia, el SOGS presentó una acuracidad satisfactoria en la clasificación de los jugadores en tratamiento con un porcentaje de aciertos del 96%, una sensibilidad del 99%, especificidad del 75%, un porcentaje de falsos positivos del 4% y un porcentaje de falsos negativos del 10%. La acuracidad de la clasificación en la muestra de la población general fue considerablemente peor, con una sensibilidad del 67% y una tasa de falsos positivos del 50%. Mostrando la tendencia a presentar una alta tasa de falsos positivos que ya hemos indicado como uno de sus principales problemas.

Una modificación del SOGS que también utiliza un marco de referencia temporal de un año es el conocido como SOGS-M (Emerson y Laun-

dergan, 1996) utilizado en una encuesta de juego patológico entre adultos realizada en Minesota en 1990. Una comparación posterior con el SOGS de uno de los propios autores establece la superioridad del SOGS y recomienda no volver a emplear el SOGS-M.

Ladouceur y sus colaboradores (2000) han estudiado la comprensión de los ítems del SOGS en niños, adolescentes y adultos, encontrando que muchos participantes no comprendían algunos de los ítems. Esta confusión tiende a incrementar las puntuaciones. Cuando se clarifican los términos de los ítems que resultan confusos, la puntuación tiende a reducirse y disminuye el número de sujetos clasificados como probables jugadores patológicos.

Existe una validación española del SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) realizada con una muestra clínica de 72 pacientes diagnosticados según el criterio del DSM-III-R y una muestra de 400 sujetos "normales". En la versión española, se han modificado los ítems 1 y 2 ajustando los juegos y cantidades a la situación de nuestro país y se modifica el contenido del ítem 10, sustituyendo la traducción literal: ¿Ha sentido alguna vez que le gustaría dejar de jugar, pero no se siente capaz de ello? Por la forma más directa: ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y ha sido capaz de ello? El coeficiente de fiabilidad test-retest tras cuatro semanas fue 0,87 en la muestra de jugadores y también 0,87 en la muestra "normal"; considerando conjuntamente ambas muestras se obtiene $r = 0,98$. La validez evaluada mediante el coeficiente de correlación biserial puntual entre las puntuaciones del SOGS y la existencia, o no, de juego patológico dio un valor $r = 0,92$. La eficacia diagnóstica del cuestionario con el criterio original de cinco o más puntos, proporcionaba una sensibilidad del 95% y una especificidad del 98%. Si el punto de corte se sitúa en cuatro puntos, la sensibilidad se eleva al 100%, manteniéndose la especificidad en el 98%.

ESCALA DE LAS VEINTE PREGUNTAS DE JUGADORES ANÓNIMOS (GA-20)

Jugadores Anónimos distribuye estas 20 preguntas con el propósito de identificar jugadores compulsivos. La respuesta a todas ellas es dicotómica: sí o no. Contestar afirmativamente a siete o más preguntas indica que el respondente es jugador compulsivo. Aunque este cuestionario es ampliamente utilizado, ya hemos comentado que Rosenthal (1989) encontró en su encuesta a 12 profesionales selectos que la mitad de ellos lo utilizaban como ayuda al diagnóstico, hay pocos estudios sobre sus propiedades psicométricas. El mejor estudio que conocemos ha sido realizado con muestras de población española.

Ursua y Uribe Larrea (1998), para estudiar las propiedades del GA-20, utilizaron una muestra de 127 jugadores problema que recibían tratamiento en dos asociaciones madrileñas de autoayuda, la edad media de la muestra era de 41,67 (s.d. = 12,58) y el porcentaje de hombres del 78,7%, y una muestra normativa de 142 jugadores sociales con distribuciones semejantes de edad y sexo, edad media 38,46 (s.d. = 12,96) y porcentaje de varones 60%. Se obtuvo una alta consistencia interna del GA-20 (coeficiente alfa = 0,94) y con respecto a la validez, se correlacionaron las puntuaciones del cuestionario con las del SOGS, obteniéndose una elevada correlación ($r = 0,94$). El análisis factorial indicaba la unidimensionalidad del instrumento, ya que de los tres factores con autovalores mayores que uno, el primer factor explicaba el 50,6% de la varianza, mientras que el segundo y el tercero sólo explicaban el 5,8% y el 5,6%, respectivamente. Con respecto a la validez discriminante, la media del grupo de jugadores era de 12,85 (s.d. = 3,20), mientras que la de jugadores sociales era 1,07 (s.d. = 1,79). Los índices que reflejan la acuracidad de la clasificación en jugadores problema y jugadores sociales alcanzaron valores muy satisfactorios. La sensibilidad fue del 98,42%, la especificidad del 99,29% y el porcentaje de aciertos del 98,88%.

Otros estudios que aportan alguna información sobre este cuestionario son: Kuley y Jacobs (1988), que señalan la existencia de una alta correlación entre las puntuaciones en el GA-20 y la frecuencia de juego y de experiencias disociativas, obtuvieron una puntuación media de 12,17 para los jugadores problema y de 1,90 para los jugadores sociales. Derevensky y Gupta (2000) utilizaron el GA-20, junto con el SOGS revisado para adolescentes (Winters, Stinchfield y Fulkerson 1993) y el cuestionario DSM-IV-J (Fisher 1992), para clasificar a 980 adolescentes. Las

correlaciones fueron significativas con ambos cuestionarios: $r = 0,61$ con el SOGS-RA y $r = 0,68$ con el DSM-IV-J. Utilizando el DSM-IV-J como referencia, los índices de acuracidad fueron: sensibilidad, 96%; falsos negativos, 0,6%; falsos positivos, 3,3%.

INVENTORY OF GAMBLING BEHAVIOR (IGB)

El Inventario de Conducta de Juego es un instrumento desarrollado por la National Foundation for the Study and Treatment of Pathological Gambling en 1982. Consta de 122 ítems que examinan características de la vida familiar, juego en la adolescencia, dificultades con la ley y problemas psicológicos como insomnio, tentativas de suicidio y enuresis. La mayoría de los ítems proceden del trabajo de Custer (1982) con jugadores compulsivos. En el momento de su confección, se consideraba que el conjunto de los ítems recogía los aspectos más significativos que se habían observado en la conducta de los jugadores patológicos.

Zimmerman, Meeland y Krug (1985), en un estudio de 83 jugadores compulsivos y 61 sujetos de contraste, encontraron que la fiabilidad de bastantes ítems, considerada individualmente, era muy baja. Con objeto de obtener una estructura factorial replicable consideraron agrupamientos de tres ítems. Los ítems sólo se agrupaban si sus correlaciones eran significativas y sus contenidos razonablemente uniformes; con estas condiciones conservaron 81 ítems que formaban 27 grupos. El análisis factorial de las correlaciones entre las puntuaciones de estos 27 grupos arrojó ocho factores. Tras una serie de análisis discriminantes entre jugadores y no jugadores, en algunos de los cuales se mantenían constantes características demográficas, se consideró que sólo cinco de los factores eran relevantes para explicar las diferencias entre jugadores y no jugadores. Estos cinco factores fueron identificados como: juego neurótico, juego psicopático, juego impulsivo, delitos de guante blanco y problemas con el empleo. Hay que señalar que en el momento de desarrollar este inventario y de realizar el anterior análisis, se consideraban preferibles los ítems que evaluaran los problemas de juego indirectamente. Así, los autores anteriores señalan que el ítem: *No soy un buen organizador de actividades* podía ser una medida del juego neurótico tan buena como el ítem: *¿Me he planteado que la autodestrucción sea la consecuencia de mi juego?* Esta no es la tendencia actual, que se dirige más bien al contrario, a formular preguntas que reflejen exactamente los enunciados de los criterios del DSM-IV.

CUMULATIVE CLINICAL SIGNS METHOD (CCSM)

Culleton (1989) desarrolló este cuestionario como una alternativa al SOGS, basándose en el Inventory of Gambling Behavior descrito en el apartado anterior. El cuestionario consiste en 29 ítems del IGB organizados en cinco tests que recogen los ítems de contenidos similares; estos tests se denominan: personal, interpersonal, vocacional, financiero y test de indicios graves. La calificación positiva en cualquier ítem de un test hace que la puntuación en ese test sea uno. La suma de las puntuaciones de los cinco tests constituye la puntuación en el cuestionario, que obviamente debe estar comprendida entre cero y cinco. El diagnóstico de juego patológico se realiza con un "odds ratio", que es el cociente entre la probabilidad de identificar correctamente el juego patológico, cuando el desorden está presente, y la probabilidad de identificar incorrectamente el juego patológico, cuando el desorden no existe. Habitualmente, una puntuación de tres o más indica la existencia de un problema de juego patológico, pero los "odds ratio" y la precisión de la clasificación pueden variar según la población que esté siendo entrevistada.

Al comparar su cuestionario CCSM con el SOGS, Culleton (1989) critica los estudios de prevalencia basados en el SOGS por no corregir la incidencia de los falsos positivos que produce este cuestionario. Sugiere que la metodología de los "odds ratio" que emplea el CCSM proporciona un método de predecir los errores y que es independiente de la tasa de prevalencia.

Volberg y Banks (1990), en una comparación del CCSM y el SOGS, señalan que ambos cuestionarios fueron desarrollados de la misma forma y como la sensibilidad y especificidad del SOGS son muy altas, se necesitan muy pocos ajustes a las tasas de prevalencia estimadas a partir de él. Además hacen dos objeciones al método de Culleton para predecir los errores. La primera es que, aunque los "odds ratio" son independientes de la tasa base, el número de errores predichos depende de la prevalencia. La segunda es que la suposición de independencia entre los ítems de los tests, a partir de los cuales se calculan los "odds ratio", no se cumple en el cuestionario CCSM. Concluyendo que en ese momento el SOGS estaba considerado como el mejor método y utilizado como estándar para la medida de la prevalencia por un gran número de investigadores.

El CCSM ha tenido un uso muy limitado y no se encuentran datos publicados respecto a su fiabilidad y validez.

MASSACHUSETTS GAMBLING SCREEN (MAGS)

Shafer, LaBrie, Scanlon y Cummings (1994) desarrollaron este instrumento para medir los problemas de los jugadores excesivos y obtener un estimador de la prevalencia del juego patológico. Se usó por primera vez en un estudio con adolescentes, aunque fue desarrollado tanto para adolescentes como para adultos.

El MAGS se refiere a comportamientos de los 12 últimos meses y contiene dos subescalas. La segunda subescala consta de 14 ítems adaptados del Short Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, Vonokur y van Rooijen, 1975), al cual se añadió la subescala 1, que es una medida de 12 ítems del criterio diagnóstico del DSM-IV. Los respondentes a este cuestionario son clasificados en personas sin problemas, jugadores en transición y jugadores patológicos, utilizando una suma ponderada de las puntuaciones de los ítems. La escala parece tener una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa = 0,84). En términos de validez, se encuentra una alta correlación con las puntuaciones en el criterio del DSM-IV ($r = 0,83$).

Puede verse una traducción al español de este cuestionario en Secades y Villa (1998).

DSM-IV MULTIPLE RESPONSE (DSM-IV-MR)

Fisher (2000) desarrolló un cuestionario de diez ítems para medir el criterio diagnóstico del DSM-IV en adultos. Hay un ítem para cada criterio y los ítems reproducen directamente los términos de los criterios del DSM-IV. La mayoría de los ítems tienen cuatro opciones de respuesta: nunca, una vez o dos, algunas veces y a menudo. Cada ítem se valora cero o uno y la puntuación total es su suma, que, por consiguiente, va de cero a diez. Una puntuación de tres o cuatro que incluya al menos un punto en los ítems 8, 9 ó 10 señala a un jugador problema y una puntuación de cinco o más indica un jugador con un problema severo.

El cuestionario fue administrado a 1.105 clientes de casinos en el Reino Unido. La consistencia interna se consideró satisfactoria (coeficiente alfa = 0,79). Con respecto a la validez, se han encontrado puntuaciones medias diferentes entre los que se identifican ellos mismos como jugadores problema y los que se identifican como jugadores sociales. También hubo diferencias en media entre el grupo de jugadores regulares y

el de jugadores eventuales. Son jugadores regulares aquellos que van a los casinos al menos una vez a la semana. Los jugadores eventuales son los que no van todas las semanas.

DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR GAMBLING SCHEDULE (DIGS)

Winters, Specker y Stinchfield (1997) desarrollaron esta entrevista clínica estructurada como ayuda al diagnóstico del juego patológico y para determinar las necesidades de evaluación complementaria, así como para orientar la planificación del tratamiento. El DIGS incluye datos demográficos, implicación en el juego, historial de tratamientos, inicio de juego, frecuencia de juego, cantidades de dinero apostadas y pérdidas, fuentes de financiación, problemas financieros, problemas legales, screen de salud mental, otros desórdenes de los impulsos, situación médica, funcionamiento social y familiar, y síntomas de diagnóstico. El DIGS incluye 20 síntomas de diagnóstico referidos a toda la vida y al año pasado. Hay dos ítems para cada criterio del DSM-IV y están escritos parafraseando la expresión de los criterios. La puntuación total está en el intervalo de cero a diez.

Los 20 ítems que constituyen la escala de síntomas diagnósticos presentan una buena consistencia interna (coeficiente alfa = 0,92). Con respecto a la validez se encontraron correlaciones significativas, aunque moderadas, con algunos indicadores de la gravedad de los problemas con el juego. La correlación fue de 0,39 con la frecuencia de juego; 0,42 con la mayor cantidad jugada en un día; 0,47 con las deudas de juego; 0,40 con el número de problemas financieros; 0,31 con el número de fuentes de financiación del juego; 0,50 con los problemas legales.

NATIONAL OPINION RESEARCH CENTER DSM-IV SCREEN (NODS)

Este cuestionario fue desarrollado para cumplir los requisitos que la National Gambling Impact Study Commision impuso al encargar la segunda encuesta nacional sobre el juego en los Estados Unidos al National Opinion Research Center (1999) de la Universidad de Chicago. Una de las exigencias era que el criterio para identificar a los jugadores patológicos tenía que ser el establecido en el DSM-IV. Esto eliminaba el SOGS

como instrumento utilizable por estar basado en el criterio del DSM-III. Tras examinar los diferentes instrumentos existentes basados en el DSM-IV, la decisión inicial de emplear el DIGS fue descartada y se desarrolló este nuevo cuestionario.

El NODS consta de 17 ítems dicotómicos (sí/no) que hacen referencia a problemas durante toda la vida y otros 17 ítems que repiten los contenidos de los anteriores, pero referidos al último año. Los 17 ítems reflejan casi literalmente los diez criterios del DSM-IV, aunque los criterios 1, 3, 4, 5 y 7 emplean dos ítems y el criterio 9, tres. La puntuación va de cero a diez, ya que se otorga un punto por cada criterio del DSM-IV que se cumple. A los criterios que tienen dos o tres ítems, se les asigna un punto, aunque haya mayor número de respuestas afirmativas. El cuestionario se pasaba a aquellas personas que reconocían haber perdido 100 dólares o más en un día de juego o haber tenido deudas de juego de al menos 100 dólares. Para estos sujetos, la clasificación del NODS es la siguiente: cero puntos, jugador de bajo riesgo; un punto o dos, jugador en riesgo; tres o cuatro puntos, jugador problema; cinco o más, jugador patológico.

Los datos sobre validez del NODS proceden de un ensayo piloto realizado por teléfono a 40 participantes en tratamientos para los problemas de juego. 38 de ellos tuvieron puntuaciones de cinco o más en la escala referida a toda la vida. Los otros dos obtuvieron cuatro puntos. En la escala del último año, 30 sujetos alcanzaron cinco puntos o más. Cinco entrevistados tuvieron puntuaciones de tres o cuatro y los cinco restantes tuvieron dos puntos.

La fiabilidad test-retest para un período que varió entre dos y cuatro semanas fue calculada a partir de 44 casos que incluían algunos de los 40 anteriores. La correlación entre las puntuaciones en ambas ocasiones fue de 0,99 para la escala relativa a toda la vida y de 0,98 para la del último año.

Aunque construido para ajustarse al criterio diagnóstico del DSM-IV, el NODS difiere de éste en dos aspectos relevantes. El filtro de las pérdidas o deudas de 100 dólares facilita la realización de la encuesta, ya que para las personas que no juegan, muchas de las preguntas de estos cuestionarios carecen de sentido. Sin embargo, esto introduce un criterio suplementario que no existe en el DSM-IV. La inclusión de períodos de tiempo o parámetros de frecuencia añadidos al criterio, como por ejemplo “dos semanas” en los ítems 1 y 2 o “tres veces” en los ítems 7 y 12, que no aparecen en el DSM-IV, no está explicada ni justificada, ya que en otros ítems se habla de períodos o de ocasiones sin cuantificar su duración o frecuencia.

LIE/BET QUESTIONNAIRE.

Johnson, Hamer, Nora, Tan, Eisenstein y Engelhart (1997) confeccionaron este test de screening, que consta tan sólo de dos ítems, determinando a partir de un cuestionario de 12 ítems, basados en el criterio diagnóstico del DSM-IV, los dos que mejor discriminaban entre jugadores problema y controles. Como indica su nombre hay un ítem referido a las mentiras: *¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti acerca de cuánto juegas?*, y otro a las apuestas: *¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?*

A partir de una muestra de 191 varones miembros de Jugadores Anónimos y de otra de 171 empleados gubernamentales varones, se encontró que el cuestionario tenía una sensibilidad del 99% y una especificidad del 91%. En un nuevo estudio sobre acuracidad de la clasificación (Johnson, Hamer y Nora, 1998) con una muestra de 146 jugadores problema (116 hombres y 30 mujeres) y otra de 277 controles (179 hombres y 98 mujeres), la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 85%. Estos resultados parecen excesivamente buenos para un cuestionario tan breve. En el primer estudio, se puede explicar porqué se ha utilizado la misma muestra para seleccionar los ítems con mayor poder discriminante y calcular los índices de bondad de la clasificación. De hecho, en el segundo estudio, en que los índices se calculaban sobre sujetos distintos de los que sirvieron para seleccionar los ítems, la especificidad desciende y es de esperar que en una muestra de la población general en que la tasa de prevalencia se sitúe entre el 1 y el 2% la especificidad sea bastante menor.

CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO (CBJP)

Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995) desarrollaron este cuestionario de screening, que consta de cuatro ítems, basándose en la versión española del SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994). Los ítems son dicotómicos (sí/no) y hacen referencia a los problemas de juego autopercebidos, sentimiento de culpabilidad, incapacidad para abandonar el juego y utilización del dinero doméstico para el juego. La puntuación total es el número de respuestas afirmativas, que, por consiguiente, estará entre cero y cuatro. Los sujetos con una puntuación de dos o más, se califican como probables jugadores patológicos.

Las propiedades psicométricas de este cuestionario se obtuvieron a partir de una muestra de 74 jugadores patológicos y otra de 400 sujetos normativos. La fiabilidad test-retest en un intervalo de cuatro semanas fue de 0,99. La consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa, fue de 0,94. Con relación a la validez, se encontró una correlación de 0,95 con el SOGS y también de 0,95 con los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Todos los ítems, y en mayor medida la puntuación global, discriminan entre jugadores y no jugadores. La acuracidad de la clasificación diagnóstica es elevada, la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 97,5%, con lo que se consigue una eficacia diagnóstica del 97,88%.

CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO FAJER

Este cuestionario, desarrollado para satisfacer la demanda de la Federación Andaluza de Jugadores en Rehabilitación (Salinas, 1999; Salinas y Roa, 2001), se basa en el criterio diagnóstico del DSM-IV, pero en lugar de trasponer los diez ítems en sus mismos términos pretende recoger pensamientos, sensaciones y conductas que experimentan los jugadores de nuestro entorno y que reflejan las formas en que ellos materializan los ítems del criterio del DSM-IV. El punto de partida fue un conjunto de entrevistas en profundidad a miembros y técnicos de FAJER para analizar la validez de contenido de los ítems del DSM-IV entre los jugadores andaluces y las formas en que se manifiestan. A continuación se redactaron 73 ítems que debían hacer referencia a un solo criterio y mostrar un gradiente de gravedad en el mismo. Para la redacción se recurrió a ítems de cuestionarios preexistentes que cumpliesen las condiciones anteriores y a expresiones utilizadas por los jugadores para describir su comportamiento cuando eran jugadores activos. El análisis de los ítems redujo su número en el cuestionario definitivo a 50. Cada ítem presenta tres alternativas de respuesta: nunca; a veces; muchas veces que se puntúan cero, uno y dos. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems y puede tomar valores entre cero y cien.

Los datos de fiabilidad y validez se obtuvieron a partir de una muestra de 62 jugadores patológicos al inicio del programa de rehabilitación y de una muestra aleatoria de la población de la ciudad de Granada de 140 personas. La consistencia interna de la escala se estimó por el coeficiente alfa, cuyo valor fue 0,905 en la muestra de jugadores, 0,915 en la muestra de la población general y de 0,972 considerando ambas muestras

conjuntamente. Con referencia a la validez, las puntuaciones del cuestionario discriminan claramente entre jugadores y no jugadores, estando prácticamente separadas las distribuciones de ambos grupos. Esto hace que las puntuaciones medias de ambos grupos difieran substancialmente: 3,37 (s.d. = 6,79) para la población general y 40,69 (s.d. = 13,85) para los jugadores. El punto de corte óptimo se sitúa en 21, con el cual se obtiene una sensibilidad del 96,8% y una especificidad del 99,2%. El análisis factorial indica que los diez primeros factores, en los cuales se puede identificar la mayoría de los ítems del criterio del DSM-IV, explican el 65% de la varianza.

CUESTIONARIO ELECTRÓNICO DE JUEGO PATOLÓGICO

Las dificultades que tiene la difusión y acceso a los cuestionarios tradicionales en papel llevó a la construcción de una versión "on line" a la que pudiese acceder cualquier persona a través de Internet (Salinas y Roa, 2002). Las características del medio aconsejaron realizar un cuestionario de screening con un número menor de ítems que el Cuestionario de Juego Patológico FAJER, en el cual está basado. Para cada uno de los diez criterios del DSM-IV, se seleccionaron los dos ítems con correlación ítem, total corregido, más elevada y cuyo contenido fuese suficientemente diferente. Quedan así 20 ítems con la misma estructura de respuesta y sistema de puntuación que en el anterior cuestionario, por lo que la puntuación total varía entre cero y cuarenta. Este cuestionario puede verse y cumplimentarse en la dirección siguiente:

<http://www.ugr.es/local/jsalinas/cudijupa.htm>

Los datos de fiabilidad y validez se obtuvieron de las mismas muestras que el cuestionario anterior, 62 jugadores y 140 personas de población general. La consistencia interna, valorada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanza el valor 0,93 para la muestra conjunta de ambos grupos. En la muestra de jugadores su valor es 0,83 y en la población general, 0,76. La validez concurrente con el cuestionario original es elevada ($r = 0,986$). La puntuación discrimina claramente ambos grupos; la puntuación media de la muestra de población general era 1,19 (s.d. = 2,76), mientras que en la muestra de jugadores patológicos era 15,95 (s.d. = 6,65). El punto de corte óptimo es cinco; con él se consigue una sensibilidad del 98,4% y una especificidad del 93,5%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, M.W.; Volberg, R.A., y Rönnerberg, S. (2004). Comparing the New Zealand and Swedish National Surveys of Gambling and Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies* 20(3):237-258.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM III, Washington.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM III-R, Washington.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM IV, Washington.
- Blażczynski, A. (1999). Pathological gambling: An impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder? *Anuario de Psicología* 30(4):93-109.
- Becoña, E. (1993). *El Juego Compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1996). Prevalence Surveys of Problem and Pathological Gambling in Europe: The Cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies* 12(2):179-192.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología* 30(4):7-19.
- Becoña, E.; Labrador, F.; Echeburúa, E.; Ochoa, E., y Vallejo, M.A. (1995). Slot machine gambling in Spain: An important and new social problem. *Journal of Gambling Studies* 11(3):265-286.
- Comings, D.E.; Rosenthal, R.J.; Lesieur, H.R., y Rugle, L. (1996). A study of de dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics* 6:223-234.
- Culleton, R.P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *Journal of Gambling Behavior* 5:22-41.
- Custer, R.L. (1989). Foreword. En: H.J. Shafer, S. Stein, B. Gambino y T. Cummings (Eds). *Compulsive gambling. Theory, research and practice*. pp 9-10. Lexington, MA: Lexington Books.
- Derevensky, J.L., y Gupta, R. (2000). Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *Journal of Gambling Studies* 16:227-251.
- Dickerson, M. (1987). The future of gambling research, learning from the lessons of alcoholism. *Journal of Gambling Behavior* 3:248-256.

- Dickerson, M. (1993). Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual* 1(3):339-349.
- Echeburúa, E.; Báez, C.; Fernández-Montalvo, J., y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta* 20(74):769-785.
- Emerson, M.O., y Laundergan, J.C. (1996). Gambling and problem gambling among adult Minnesotans: Changes 1990 to 1994. *Journal of Gambling Studies* 12:291-304.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E., y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Un nuevo instrumento de screening. *Análisis y Modificación de Conducta* 21:211-223.
- Fisher, S.E. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the UK. *Journal of Gambling Studies* 8:263-285.
- Fisher, S.E. (2000). Measuring the prevalence of sector-specific problem gambling: A study of casino patrons. *Journal of Gambling Studies* 16(1):25-51.
- Ibáñez, A.; Blanco, C.; Pérez de Castro, I.; Fernández-Piqueras, J., y Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies* 19(1):11-22.
- Johnson, E.E.; Hamer, R.; Nora, R.M.; Tan, B.; Eisenstein, N., y Engelhart, C. (1997). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports* 80:83-88.
- Johnson, E.E.; Hamer, R., y Nora, R.M. (1998). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers: A follow-up study. *Psychological Reports* 83:1219-1224.
- Kuley, N.B., y Jacobs, D.F. (1988). The relationship between dissociative-like experiences and sensation seeking among social and problem gamblers. *Journal of Gambling Behavior* 4:197-207.
- Ladouceur, R.; Bouchard, C.; Rheume, N.; Jacques, C.; Ferland, F.; Leblond, J., y Walker, M. (2000). Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *Journal of Gambling Studies* 16(1):1-24.
- Lesieur, H.R. (1993). Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores en los Estados Unidos. *Psicología Conductual* 1(3):389-407.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 144:1184-1188.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies* 9(3):213-223.

- National Opinion Research Center (1999). *Gambling Impact and Behavior Study*. Chicago. National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10ª revisión ICD-10*. Washington DC. OPS 2ª reimpresión.
- Rosecrance, J. (1985). Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social Problems* 32:375-284.
- Rosenthal, R.J. (1989). Pathological Gambling and Problem Gambling: Problems of Definition and Diagnosis. En: H.J. Shafer, S. Stein, B. Gambino y T. Cummings (Eds). *Compulsive gambling. Theory, research and practice*. pp 101-125. Lexington, MA: Lexington Books.
- Salinas, J.M. (1999). *Programa de Diagnóstico y Evaluación del Jugador Patológico*. Granada. Universidad de Granada.
- Salinas, J.M., y Roa, J.M. (2001). Cuestionario de diagnóstico del juego patológico FAJER. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 1(2):353-370.
- Salinas, J.M., y Roa, J.M. (2002). El screening de la adicción al juego mediante Internet. *Adicciones* 14(3):303-312.
- Secades, R., y Villa, A. (1998). *El juego patológico: Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Selzer, M.L.; Vonokur, A., y van Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol* 36:117-126.
- Shafer, H.J. (1985). The disease controversy: Of metaphors, maps, and menus. *Journal of Psychoactive Drugs* 17(2):65-76.
- Shafer, H.J.; Hall, M.N., y Vander Bilt, J. (1997). *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis*. Boston. Harvard Medical School, Division of Addictions.
- Shafer, H.J.; LaBrie, R.; Scanlon, K.M., y Cummings, T.N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies* 10:339-362.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27(1):1-20.
- Ursua, M.P., y Uribe Larrea, L.L. (1998). 20 questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies* 14(1):3-15.
- Volberg, R. (1998). *The Evolution of Gambling in North America*. Keynote Address, Alberta Lotteries and Gaming Summit. Medicine Hat, Alberta.

- Volberg, R. (1999). Reserch methods in the epidemiology of pathological gambling: Development on the field and directions for the future. *Anuario de Psicología* 30(4):33-46.
- Volberg, R., y Banks, S.M. (1990). A review of two measures of pathological gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies* 6:153-163.
- Walker, M.B. (1992). *The Psychology of Gambling*. Oxford. Pergamon Press.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R., y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* 9(1):63-84.
- Winters, K.C.; Specker, S., y Stinchfield, R. (1997). *Brief manual for use of the Diagnostic Interview for Gambling Severity*. Minneapolis, MN. University of Minnesota Medical School.
- Zimmerman, M.A.; Meeland, T., y Krug, S.E (1985). Measurement and structure of pathological gambling behavior. *Journal of Personality Assesment* 49(1):76-81.

RECUPERACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE JUEGO PATOLÓGICO CON Y SIN TRATAMIENTO

José Luis Carballo Crespo*, Roberto Secades Villa*,
José Ramón Fernández Hermida*, Olaya García Rodríguez*
y Linda C. Sobell**

**Grupo de Conductas Adictivas. Departamento de Psicología.
Universidad de Oviedo **Nova Southeastern University. Florida*

RESUMEN

Los estudios señalan que sólo un porcentaje muy pequeño de los jugadores patológicos acude alguna vez a tratamiento profesional y que la forma más habitual de abandono del juego patológico es la recuperación natural. En general, los jugadores que acuden a los programas de tratamiento presentan una mayor severidad del problema que los que no acuden a estos programas. No parecen existir excesivas diferencias en los factores relacionados con el cambio entre aquellos que acuden a tratamiento y los que se recuperan por sí mismos. Las estrategias conductuales y cognitivo-motivacionales, además de los procesos de cambio cognitivos, son los factores que mejor explican el cambio y el mantenimiento de la abstinencia en el juego patológico. De todos modos se necesitan más investigaciones sobre los factores implicados en la recuperación del juego patológico, de cara a mejorar los recursos terapéuticos disponibles para tratar este tipo de problemas.

Palabras clave: juego patológico, recuperación natural, recuperación asistida, procesos de cambio.

ABSTRACT

Research shows that only a very small percentage of pathological gamblers seek professional treatment at any time, and that the commonest form of escape from pathological gambling is natural recovery. In general, gamblers who follow treatment programmes present greater severity of the problem than those who do not follow such programmes. There do not appear to be excessive differences in the factors related to change between those who seek treatment and those who recover by themselves. Behavioural and cognitive-motivational strategies, as well as cognitive processes of change, are the factors that best explain change and maintained abstinence in pathological gambling. In any case, further research is necessary on the factors involved in recovery from pathological gambling, with a view to improving the therapeutic resources available for treating this type of problem.

Key words: gambling, natural recovery, treatment-assisted recovery, processes of changing

EL FENÓMENO DE LA RECUPERACIÓN NATURAL EN CONDUCTAS ADICTIVAS

La recuperación natural hace referencia a la mejoría que se da en determinados trastornos psicopatológicos a pesar de la ausencia de cualquier tipo de tratamiento formal. En conductas adictivas, el concepto de recuperación natural se refiere al abandono del uso de sustancias en ausencia de tratamiento formal o grupos de auto-ayuda.

El tratamiento formal se define como cualquier intervención cuya meta principal es eliminar o reducir el uso de sustancias por parte del sujeto (Klingemann et al., 2001). Estas intervenciones van desde tratamientos breves hasta tratamientos más tradicionales con mayor número de sesiones y desde programas ambulatorios o externos hasta programas residenciales. Las personas que han acudido a intervenciones de estas características y que se han recuperado de su adicción no se consideran dentro del grupo de recuperados naturalmente.

De todas formas, en muchas ocasiones no resulta fácil distinguir lo que es tratamiento formal de lo que no lo es; por ejemplo, cuando se trata de intervenciones de una sola sesión o en el caso de los grupos de auto-ayuda. Se ha visto que las intervenciones breves de incluso una sola

sesión pueden ser eficaces en la recuperación del sujeto. Sin embargo, no es sencillo diferenciar cuánto de la recuperación se debe a la intervención y cuánto a otro tipo de factores. En el caso de los grupos de auto-ayuda, en muchos estudios se han aceptado como casos de recuperación natural a sujetos que asistieron sólo a una o dos sesiones de estos grupos (Sobell, Sobell y Toneatto, 1992; Sobell, Sobell, Toneatto y Leo, 1993; Tucker, Vuchinich y Gladsjo, 1994).

Eysenck ya llamó la atención sobre el fenómeno de la remisión espontánea en su clásico trabajo acerca de la terapia psicoanalítica en la neurosis (Eysenck, 1973). Los estudios posteriores de Rachman y Wilson (1980) matizaron el concepto de remisión espontánea, indicando una ocurrencia no estándar de tal fenómeno y señalaron algunas posibles explicaciones que tendrían que ver con los cambios que ocurren en el medio ambiente del sujeto.

Años antes, Eysenck y Beech (1971) eran de la opinión de que las tasas de remisión espontánea para trastornos como el alcoholismo o la adicción a otras drogas eran poco significativas en comparación con otros trastornos como las fobias, las obsesiones y los estados de ansiedad. Las investigaciones realizadas desde entonces no parecen darles del todo la razón, ya que también se han observado mejoras espontáneas en los sujetos al margen de intervenciones terapéuticas en la adicción al alcohol, el tabaco o la heroína (por ejemplo, Tuchfeld, 1981; Schachter, 1982; Cohen et al., 1989). Uno de los casos mejor documentados y más aludidos en la literatura sobre drogodependencias es el de los soldados norteamericanos que participaron en la guerra del Vietnam. Muchos de ellos llegaron a ser consumidores habituales de heroína durante la guerra y abandonaron este hábito, sin ningún tratamiento formal, una vez que regresaron a sus hogares (Robins, 1993). Este cambio o modificación de la conducta adictiva se entiende como el paso de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado igualmente estable de abstinencia.

En los últimos años, la línea de investigación sobre la recuperación natural en conductas adictivas ha recibido un fuerte impulso. Así, los resultados de uno de los estudios más conocidos mostraron que el 77% de las recuperaciones de problemas de consumo de alcohol ocurría sin ayuda de un tratamiento formal (Sobell, Cunningham y Sobell, 1996). Hasin y Grant (1999) encontraron que el 83% de personas con problemas de abuso de alcohol se recuperaban sin ir a tratamiento. En el caso de las drogas ilegales, tales como la marihuana, LSD, cocaína/crack y heroína,

Cunningham (1999) encontró tasas de recuperación natural de entre el 65% y el 86%.

El estudio de las características, procesos o circunstancias que hacen posible que las personas superen un problema como es el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas sin necesidad de tratamiento formal, es muy importante de cara a plantear hipótesis sobre los cambios que permitirían aumentar la eficacia de los tratamientos formales o para la búsqueda de ciertas condiciones personales y ambientales que ayuden a que las personas adictas a las drogas o al juego se recuperen sin ayuda formal. Los resultados de estas investigaciones también pueden ser útiles para seleccionar la mejor opción de tratamiento para los sujetos con este tipo de problemas.

Los programas autoaplicados también podrían verse fortalecidos con la inclusión de procedimientos que favoreciesen la aparición y el desarrollo de este tipo de procesos “naturales”. Los esfuerzos para promover el auto-cambio pueden ser un complemento efectivo y de bajo coste a los servicios de tratamiento formal (Klingemann et al., 2001).

Dos estudios muestran la eficacia de envío a domicilio de materiales de auto-cambio y apoyo telefónico en la reducción del juego y el consumo del alcohol. En uno de estos trabajos, se observó cómo personas con problemas con el alcohol a las que se les enviaba materiales de promoción del auto-cambio reducían el consumo de esta sustancia (Sobell, Sobell, Leo, Agrawal, Johnson-Young y Cunningham, 2002).

Hodgins y El-Guebaly (2000) realizaron un estudio similar a lo largo de 12 meses con jugadores patológicos, en el que el 80% redujo significativamente sus problemas con el juego y un 25% refería abstinencia total. En este estudio a un grupo de personas con problemas de juego, se les aplicó una entrevista motivacional telefónica y se les envió por correo materiales de auto-cambio, mientras que a otro grupo sólo se les envió los materiales de auto-cambio. El grupo que recibió las dos intervenciones mostró mejores resultados en las primeras evaluaciones de seguimiento, a los tres y seis meses. Estas intervenciones se mostraron eficaces con aquellos que no tenían problemas severos con el juego (Hodgins, Currie y El-Guebaly, 2001).

Un inconveniente de la mayoría de estos estudios es que los datos que se conocen acerca de los procesos de recuperación en este tipo de problemas han sido recogidos fundamentalmente de personas que acudían a algún programa de tratamiento y, al mismo tiempo, también sabemos que los adictos que acuden a este tipo de programas representan sólo un

pequeño porcentaje de los sujetos que padecen trastornos adictivos. A este respecto, Robins (1993, p. 1051) señala que “la adicción es muy diferente si se estudia en la población general que si se estudian sólo los casos tratados”.

En este sentido, resulta de gran interés conocer si los adictos a sustancias psicoactivas y otras adicciones, como es el caso del juego patológico, que acuden a los programas de tratamiento, son significativamente diferentes a los adictos que no acuden a estos programas y que, sin embargo, se recuperan naturalmente. También interesa analizar si existen determinadas características que diferencien a los sujetos que se recuperan con o sin ayuda profesional frente a los que no se recuperan. El conocimiento de los factores que diferencian a los adictos que se recuperan de manera natural de aquellos que no se recuperan sería una información fundamental de cara a diseñar estrategias de captación y terapéuticas que formasen parte de los programas asistenciales dirigidos a esta población.

LA RECUPERACIÓN NATURAL EN JUEGO PATOLÓGICO

La mayoría de los estudios de recuperación natural en conductas adictivas se han llevado a cabo con personas adictas a sustancias. Hasta este momento es escasa la literatura sobre la recuperación natural en casos como el juego patológico o en otro tipo de adicciones comportamentales. De todos modos, los escasos datos disponibles parecen señalar que la recuperación natural es un fenómeno muy habitual en este tipo de problemas.

En el estudio longitudinal de Slutske, Jackson y Sher (2003) se hicieron cuatro evaluaciones a lo largo de 11 años a adolescentes que pasaron a ser adultos y que tenían problemas con el juego. Los resultados mostraron que únicamente entre un 2% y un 5% de los sujetos mantenían a lo largo de las evaluaciones sus problemas con el juego. A pesar de la estabilidad de los problemas, el juego aparecía como un trastorno más episódico y transitorio que crónico y estable. Estos resultados son consistentes con la idea de que la recuperación natural en el juego patológico es la regla y no la excepción.

DeFuentes-Merillas, Koeter, Schippers y Van den Brink (2004) llevaron a cabo una investigación longitudinal para evaluar la estabilidad temporal a lo largo de dos años de jugadores patológicos de “scratchcard” (tarjetas de rascar con las que se consiguen premios instantáneos), un tipo de

juego muy extendido en determinados países, especialmente en el mundo anglosajón. Evaluaron a dos tipos de jugadores: a aquellos que cumplían los criterios de juego patológico del DSM-IV y a potenciales jugadores patológicos de "scratchcard" que tenían puntuaciones mayores o iguales a tres en el SOGS-S. En el seguimiento a los dos años, entre un 11,1% y un 42,9% de los sujetos del grupo de jugadores patológicos seguían cumpliendo los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno, mientras que entre un 50% y un 67,9% aún obtenían puntuaciones mayores o iguales a tres en el SOGS-S. En el grupo de potenciales jugadores patológicos de "scratchcard", sólo un 18,6% de los casos mantenía puntuaciones de tres o más en el SOGS-S en este mismo período temporal. Los problemas más estables evaluados a través del SOGS-S eran: gastar más dinero de lo esperado (ítem 4), sentimiento de culpa por la forma de jugar o por lo que ocurre cuando juegan (ítem 6) y coger dinero prestado de casa para jugar a "scratchcard". Los criterios del DSM-IV que se mantenían más estables eran el escapismo de los problemas de la vida a través del juego o para aliviar la disforia, seguido de los síntomas de abstinencia, los problemas financieros y la preocupación (por ejemplo, preocupación por revivir experiencias pasadas con el juego o pensar en formas de conseguir el dinero para jugar). Como conclusión, estos resultados indican que un tanto por ciento considerable reduce su conducta de juego de forma significativa y, en muchos de estos casos, la recuperación ocurría sin la asistencia a ningún tratamiento profesional.

En el estudio de Shaffer y Hall (2002) se realizó una evaluación de empleados de casino que tenían o habían tenido problemas con el juego y con el alcohol. Los autores distinguieron tres niveles de severidad en función de la gravedad de este tipo de problemas. Los resultados mostraron que el 22,6% de los sujetos había reducido significativamente su conducta de juego y el consumo de alcohol. En la mayoría de los casos, los cambios se producían sin solicitar ayuda profesional, es decir, a través de un proceso de recuperación natural. Al contrario de lo que se podría esperar, los resultados de este trabajo mostraron la existencia de un proceso a través del cual los sujetos podían pasar de unos niveles de severidad a otros, o sea, desde niveles más graves a patrones de juego de menor severidad o viceversa.

Koski-Jänes y Turner (1999) llevaron a cabo un análisis de la recuperación natural en distintas adicciones tanto en dependientes de sustancias psicoactivas como en adicciones comportamentales. Los jugadores patológicos fueron agrupados con adictos al sexo y benzodiacepinas. En total,

este grupo contaba con ocho sujetos, de los cuales el 25% se recuperaron sin acudir a tratamiento.

En la tabla 1 aparecen reflejados los resultados de los estudios sobre recuperación natural más importantes. De todos modos, debido a determinadas limitaciones y a las diferencias metodológicas entre algunos de estos estudios, se debe tener cautela a la hora de estimar las tasas de recuperación natural en juego patológico. Por ejemplo, mientras que algunos de los datos han sido extraídos de encuestas a población general, otros se obtuvieron de muestras clínicas de jugadores patológicos. En los estudios de Slutske et al. (2003) y de DeFuentes-Merillas et al. (2004) se habla de los valores de estabilidad de la adicción al juego, por lo que la tasa de recuperación natural es una estimación sobre el total de los recuperados, ya que no existen datos precisos al respecto. En el estudio de Shaffer et al. (2002), el porcentaje de recuperados naturalmente también es una estimación sobre el total de recuperados, ya que en el estudio sólo se menciona que la gran mayoría de los recuperados lo habían conseguido por sí mismos.

TABLA 1
Tasas de recuperación natural en conductas adictivas

Estudio	Adicción	Tasa de recuperación natural
Hasin and Grant (1995)	Alcohol	83%
Sobell et al. (1996)	Alcohol	77%
Cunningham (1999)	Drogas ilegales	84% (marihuana) 85,9% (LSD) 84% (cocaína/crack) 79,6% (speed) 65,5% (heroína)
Koski-Jannes et al. (1999)	Juego patológico	25%
Hodgins et al. (2000)	Juego patológico	53%
Shafer et al. (2002)		22,6%
Slutske et al. (2003)	Juego patológico	95% (*)
DeFuentes-Merillas (2004)	Juego patológico	57,1%-88,9% (*)

(*) Tasa de recuperación natural estimada a partir de las cifras de estabilidad de la adicción.

DIFERENCIAS ENTRE RECUPERACIÓN NATURAL Y RECUPERACIÓN ASISTIDA EN JUEGO PATOLÓGICO

En los distintos estudios realizados sobre recuperación natural en juego patológico se ha visto que el camino más habitual que siguen las personas con este trastorno para superar sus problemas es la recuperación por sí mismos.

Los estudios no señalan porcentajes consistentes de personas con problemas de juego patológico que se hayan recuperado sin asistir a tratamiento. Son pocos los trabajos que se han llevado a cabo para buscar cuál es el número real de este tipo de casos, los porcentajes de personas recuperadas sin tratamiento varían y dependen del estudio y de la muestra con la que se llevaron a cabo.

Se ha observado en varias encuestas a la población general que muchas de las personas que referían haber tenido problemas con el juego patológico alguna vez en su vida, decían no haber sufrido problemas con el juego en el último año. Esto indica que muchos de estos sujetos se pueden haber recuperado naturalmente. Hodgins, Wynne y Makarchuk (1999) revisaron 22 encuestas de población general realizadas en Norteamérica a un total de 1.517 personas con este tipo de problemas. Estos autores encontraron que entre el 32% y el 46% de los encuestados estaban recuperados. Como los recursos de tratamiento son tan escasos, se podría esperar que la mayoría de estos casos se habían recuperado sin asistir a tratamiento (Klingemann et al., 2001).

Los resultados de un estudio de Hodgins y El-Guebaly (2000) mostraron que el 53% de los jugadores patológicos recuperados no había acudido a ningún tratamiento para dejar el juego. En el momento de la entrevista, el promedio de tiempo de abstinencia se situaba en los catorce meses.

El National Gambling Impact Study Commission señala que menos del 8% de los jugadores patológicos acuden alguna vez a un tratamiento profesional (NRC, 1999). Hodgins y El-Guebaly (2000) sugieren que este fenómeno se da, en parte, porque los tratamientos de juego patológico antes eran prácticamente inexistentes y en la actualidad son aún muy escasos.

Otra posible explicación de las bajísimas tasas de jugadores que acuden a tratamiento puede ser el hecho de que la mayoría de los individuos con este tipo de problemas se ven capaces de salir del juego por sí mismos, sin ninguna necesidad de ayuda externa (Petry, 2002). Por ejemplo, en el estudio de Hodgins y El-Guebaly (2000) se mostró que el 80% de los

jugadores patológicos que se recuperan sin ayuda formal refería como motivo fundamental para no acudir a tratamiento el deseo de superar su problema con el juego por sí mismos. Sin embargo, el espectro de casos más graves solicitaba tratamiento porque percibían que necesitaban ayuda para poder superar su problema.

En otro estudio llevado a cabo con adolescentes se observó que aquellos que tenían problemas con el juego no solicitaban tratamiento porque no consideraban que fuese un problema importante en su vida. La razón por la que los jóvenes no percibían que el juego fuese un problema estaba relacionada con la ausencia de consecuencias negativas graves causadas por esta actividad. Por ejemplo, los jóvenes no se ven tan afectados por problemas financieros como los jugadores adultos (Ladouceur, Blaszczynsky y Pelletier, 2004).

De todas formas es difícil comparar las tasas de recuperación que se producen a través de un proceso de remisión natural con las obtenidas por los tratamientos formales. En parte se debe al hecho de que a pesar de que la historia de los tratamientos del juego patológico se extiende a lo largo de varias décadas, existe una sorprendente falta de conocimiento fiable acerca de la eficacia de los mismos. Muchos de los estudios acerca de la eficacia de los tratamientos han adolecido de importantes limitaciones metodológicas, como la utilización de muestras demasiado pequeñas o el empleo de programas poco estructurados (Toneatto y Ladouceur, 2003).

Los tratamientos para la adicción al juego que se han experimentado han sido de varios tipos: grupos de autoayuda (jugadores anónimos), técnicas conductuales, técnicas cognitivas, programas autoaplicados o terapias farmacológicas. Los estudios que evalúan la eficacia de estos tratamientos ofrecen datos desde el 8% hasta el 50% ó 60% de abstinencia al año de seguimiento, dependiendo del estudio y de la modalidad de tratamiento. La evidencia científica sugiere que las terapias cognitivas y las conductuales son los procedimientos más eficaces, aunque es difícil determinar qué modalidad específica de terapia cognitivo-conductual es la más efectiva (Toneatto y Ladouceur, 2003).

Un aspecto que apenas se ha tratado en la literatura es si la recuperación natural es estable y si existen diferencias en las tasas de recaídas entre la recuperación natural y la recuperación asistida. Nathan (2003) afirma que aquellos jugadores patológicos que se recuperan sin tratamiento tienen más probabilidad de recaer que aquellos que pasaron con éxito por un tratamiento. Nathan extrapola esta afirmación analizando

los resultados de los estudios que se hicieron sobre recuperación natural en alcohol. En uno de estos trabajos (Timko, Moos, Finney y Lesar, 2000) se observó que era más probable que los sujetos que habían asistido a algún tipo de tratamiento formal, a Alcohólicos Anónimos, o a ambos, fueran abstinentes, en comparación con aquellos que no habían solicitado ayuda de ningún tipo para superar sus problemas con el alcohol.

Sin embargo, en otros estudios longitudinales se ha visto que la recuperación natural es estable con el paso del tiempo. Por ejemplo, Slutske et al. (2003) encontraron cómo a lo largo de 11 años se recuperaban muchos adolescentes con problemas de juego y tan sólo entre el 2% y el 5% de los casos mantenía sus problemas con esta adicción.

De todas formas se necesitan más investigaciones para determinar con más exactitud el número de personas que se recuperan por sí mismas con el fin de poder realizar comparaciones con los sujetos que se recuperan o que recaen después de haber asistido a un tratamiento formal.

PERFIL DE LOS JUGADORES QUE ACUDEN Y QUE NO ACUDEN A TRATAMIENTO

Existe un alta comorbilidad entre el juego patológico y el consumo de sustancias, sobre todo alcohol. Más de un 50% de la muestra de jugadores patológicos del estudio de Hodgins y El-Guebaly (2000) presentaba esta comorbilidad. La presencia del juego acompañado de consumo de otras sustancias era predictor, en muchos casos, de acudir a tratamiento. En este mismo trabajo se encontró que los jugadores que habían superado la adicción mediante un tratamiento formal tenían una mayor severidad del problema, medida a través del SOGS, que los sujetos que habían abandonado el juego por sí mismos.

Hodgins y El-Guebaly (2000) señalan que factores tales como las características demográficas y los trastornos comórbidos no pronostican por sí mismos, de forma aislada, la asistencia o no a tratamiento. Según estos autores, la variable que mejor parece predecir la asistencia o no a tratamiento es la severidad del problema con el juego (y no otros trastornos asociados). A mayor severidad más probabilidad de asistir a tratamiento. Sin embargo, Marotta (1999) encontró que la mayoría de los jugadores tratados tenía con más frecuencia historia de tratamiento de trastornos mentales y abuso de sustancias en comparación con los sujetos que no acudían a estos programas.

Los jugadores que buscan y reciben tratamiento padecen más trastornos afectivos que aquellos que no acuden a los tratamientos. Blaszczynski y Silove (1995) encontraron que el 75% de los jugadores que

acudía a tratamiento padecía depresión. Los resultados del estudio de Lyons (1985) mostraron que los miembros de Jugadores Anónimos, comparados con un grupo de "jugadores sociales", obtenían puntuaciones significativamente superiores en el cuestionario de depresión de Beck. De hecho, los estudios que relacionan juego patológico y trastornos afectivos sugieren que éstos juegan un papel muy importante en los resultados de los tratamientos.

Por último, Marotta (1999) observó que la razón más común entre los que solicitan tratamiento era el estrés psicológico causado por los problemas con el juego.

FACTORES ASOCIADOS AL CAMBIO EN JUEGO PATOLÓGICO

El interés de la mayor parte de los estudios de recuperación natural en juego patológico se centra en la búsqueda de los procesos de cambio y de mantenimiento a largo plazo de los logros obtenidos. Así, se llevan a cabo análisis de las razones por las que las personas cambian sus hábitos de juego, los acontecimientos vitales que pudieron influir en el abandono de la adicción y los factores que influyeron en el mantenimiento del cambio.

El estudio de estas estrategias y factores de mantenimiento es también muy importante para ayudar a la mejora de los tratamientos del juego patológico. Estas estrategias pueden aportar pistas de algunos de los aspectos que se han de incluir en este tipo de programas.

En general, los resultados de los estudios no han encontrado grandes diferencias entre los que asisten a tratamiento y los que se recuperan por sí mismos, en lo que se refiere a procesos de cambio y mantenimiento de la abstinencia.

Entre distintas adicciones sí se han encontrado más diferencias, sobre todo en lo que se refiere a las razones para el cambio y a la influencia de los eventos vitales en el abandono de la conducta adictiva. Así, parecen existir diferencias significativas entre los recuperados del hábito del juego y las personas adictas a sustancias que se han rehabilitado naturalmente, como, por ejemplo, el alcohol. En el caso del alcohol, uno de los aspectos que más se han observado en las distintas investigaciones es la evaluación cognitiva de pros y contras (Sobell, Klingemann, Toneatto, Sobell, Agrawal y Leo, 2001; Sobell, Sobell, Toneatto y Leo, 1993; Toneatto, Sobell, Sobell y Rubel, 1999), y, sin embargo, esta evaluación no es habitualmente citada por los jugadores patológicos (Klingemann et al., 2001).

Koski-Jännes et al. (1999) compararon estrategias de auto-cambio en distintas adicciones; en concreto, alcohol, consumo de múltiples sustancias, nicotina, comedores compulsivos y otros (jugadores patológicos, adictos al sexo y adictos a las benzodiacepinas). Los resultados mostraron que el grupo donde se incluían a los jugadores patológicos optaban por el auto-control y las estrategias de afrontamiento sociales y cognitivas como formas de mantener el cambio, mientras que en otras adicciones utilizaban otras estrategias como acudir a grupos de auto-ayuda y la ayuda espiritual.

Entre las razones para el cambio que más refieren los jugadores patológicos que se han recuperado por sí mismos se encuentran aquellas relacionadas con problemas emocionales y financieros. Estrés, pánico, depresión y culpa son comunes en este tipo de casos, además de problemas económicos (las pérdidas provocadas por el juego) que les hacen replantearse un cambio en su conducta de juego. Este dato señala que las habilidades de control sobre el dinero es uno de los aspectos clave que se han de incorporar a los programas de tratamiento (Hodgins y El-Guebaly, 2000). Los eventos vitales no parecen jugar un papel muy importante como precipitantes del cambio, como en el caso de otras adicciones; sin embargo, se ha observado que una vez recuperados los sujetos experimentan cambios en los eventos vitales negativos, lo cual les ayuda a mantener la abstinencia. En definitiva, en el caso del juego patológico los acontecimientos vitales parecen tener más peso en el mantenimiento del cambio que en el caso de otras adicciones donde actúan más como precipitantes del cambio (Hodgins y El-Guebaly, 2000).

Estas razones abundan sobre todo entre las personas que se recuperaron sin asistir a tratamiento, aunque también son las más destacadas en el caso de aquellos que solicitan ayuda formal. De todos modos, parece que una diferencia entre ambos tipos de recuperación es que, normalmente, los rehabilitados por medio de un tratamiento refieren más tipos de razones que los recuperados naturalmente.

En varios estudios sobre recuperación natural en juego patológico se ha hecho hincapié en la búsqueda de los factores y las estrategias de mantenimiento del cambio en este tipo de casos. En estos estudios se ha encontrado que las estrategias conductuales y las cognitivo-motivacionales son las más empleadas por este tipo de sujetos.

Algunas de las estrategias conductuales más utilizadas en el juego patológico serían el control de estímulos y la realización de actividades no relacionadas con el juego. El control de estímulos implica la evitación

de situaciones de alto riesgo para jugar; por ejemplo, alejarse de lugares en donde la persona solía jugar o evitar llevar dinero. En cuanto a la implicación en nuevas actividades incompatibles con el juego destacan el ejercicio, la lectura, estar más con la familia o implicarse más en el trabajo (Hodgins y El-Guebaly, 2000).

Entre las estrategias cognitivo-motivacionales más utilizadas se encuentran acciones como recordar los problemas que le causó el juego en el pasado, anticipar los problemas que le causaría el volver a jugar y también el uso de la "fuerza de voluntad" (Hodgins y El-Guebaly, 2000). Otros estudios se centran más en los procesos de cambio. En un trabajo de Hodgins (2001) se analizaron los procesos de cambio en jugadores patológicos recuperados, de acuerdo al modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Los resultados mostraron que los procesos usados más frecuentemente fueron los de tipo cognitivo: autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y autoliberación. Por el contrario, los procesos menos empleados fueron el manejo de contingencias y la liberación social.

El proceso usado con más frecuencia fue el de autorreevaluación, que incluía ítems como: sentirse alterado cuando pensaba en sus problemas de juego, sentirse avergonzado de las cosas que hacía cuando jugaba y resistirse a la autoimagen de jugador.

La reevaluación ambiental hace referencia al reconocimiento del impacto negativo del juego sobre otras personas. El relieve dramático se refiere a la experimentación de fuertes sentimientos negativos sobre la implicación personal con el juego. La autoliberación es el proceso de compromiso con uno mismo para la acción y el recordatorio a uno mismo de que el éxito es posible. Estos procesos son cuatro de los cinco que comprende el cluster sobre experimentaciones cognitivas.

Los individuos que habían dejado de jugar asistiendo a un tratamiento formal referían un mayor empleo de todos los procesos de cambio. Estas diferencias eran significativas en: aumento de la concienciación, autorreevaluación, liberación social, relaciones de ayuda, control de estímulos, reevaluación ambiental y relieve dramático.

La implicación en nuevas actividades no relacionadas con la actividad del juego aparece también como uno de los factores de mantenimiento del cambio más referido por aquellos que se recuperan sin asistir a tratamiento. El apoyo social por parte de la familia y amigos es también uno de los factores de mantenimiento más mencionado. En el estudio de Hodgins y ElGuebaly (2000), un 30% de los casos de recuperados sin tra-

tamiento referían el apoyo social como un factor muy importante en el mantenimiento del cambio.

Una aproximación complementaria para intentar conocer los mecanismos que explican el abandono del hábito de jugar y el fracaso de los tratamientos es el estudio de las variables que pueden estar implicadas en el desarrollo y el mantenimiento del juego patológico. En esta línea de trabajo, Daughters, Legues, Lesieur, Strong y Zvolensky (2003) revisaron las variables predictoras de los fracasos de los tratamientos formales. De acuerdo con esta revisión, los factores que pueden afectar a los resultados de los tratamientos son las distorsiones cognitivas, las atribuciones erróneas sobre el azar, la desinhibición (impulsividad y búsqueda de sensaciones), los trastornos afectivos y la vulnerabilidad biológica.

En definitiva, aunque todavía se dispone de pocos datos, los escasos estudios realizados tienden a señalar que las estrategias conductuales y cognitivo-motivacionales, además de los procesos de cambio cognitivos, son los factores que mejor explican el cambio y el mantenimiento de la abstinencia en el juego patológico.

CONCLUSIONES

La evidencia empírica indica que la recuperación natural en juego patológico es un fenómeno muy frecuente y, sin embargo, muy poco investigado.

El estudio de las características, procesos o circunstancias que hacen posible que las personas superen por sí mismos los problemas con el juego es muy importante de cara a aumentar la eficacia de los tratamientos formales y de los programas de auto-cambio.

El estudio de este fenómeno cobra aún más importancia si tenemos en cuenta que el porcentaje de personas con problemas con el juego que acuden a tratamiento es muy escaso. Algunos estudios señalan que este porcentaje no supera el 8%. La escasa demanda de los tratamientos profesionales es un fenómeno también muy frecuente en otro tipo de problemas; por ejemplo, la adicción al tabaco. Las razones que explicarían este escaso impacto de los programas de tratamiento tienen que ver con la baja disponibilidad de este tipo de recursos y con la creencia habitual de los jugadores patológicos de la capacidad de poder recuperarse por sí mismos.

En general, la diferencia fundamental entre los jugadores patológicos que acuden a tratamiento con respecto a los que no acuden es el grado de

severidad del problema con el juego. La probabilidad de acudir a tratamiento aumenta en la medida en que se incrementa el grado de severidad de la adicción al juego. Los sujetos que padecen trastornos asociados y abuso de sustancias también son más susceptibles de solicitar ayuda profesional.

En cuanto a los procesos que intervienen en el cambio y el mantenimiento de la abstinencia, apenas existen diferencias entre los jugadores que acuden a tratamiento y aquellos que no lo hacen, aunque sí se han encontrado diferencias entre los jugadores que se recuperan por sí mismos y los adictos a sustancias. Los sentimientos negativos y los problemas financieros son los principales motivos que se refieren para abandonar el juego, mientras que el control de estímulos y la implicación en nuevas actividades son algunas de las estrategias que se utilizan para abandonar esa conducta. El apoyo familiar y los cambios positivos una vez que se ha dejado el juego parecen ayudar a mantener el cambio. Los procesos de cambio que más se emplean son los de tipo cognitivo; el más utilizado es el de autorreevaluación, seguido de reevaluación ambiental, relieve dramático y autoliberación.

Las estrategias y procesos cognitivo-conductuales parecen ser los que más peso tienen en el abandono del juego y el mantenimiento de la abstinencia.

Por último, la evidencia empírica señala igualmente que la mayor parte de los jugadores patológicos son también abusadores de sustancias. En este sentido sería de interés realizar investigaciones acerca de cómo afecta la presencia de otros trastornos psicopatológicos y adictivos a la recuperación natural de los problemas de juego.

En definitiva, se necesita de más y mejores investigaciones, sobre todo de carácter longitudinal y con buenos controles metodológicos, en el ámbito de la recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento. Un primer paso debería consistir en definir y unificar criterios con respecto a la recuperación natural. Son escasas las investigaciones en las que se compara el fenómeno de la recuperación natural con la recuperación asistida, aunque todo parece señalar que la recuperación natural es la vía más frecuente de abandono del juego.

Diferenciar con más precisión los procesos implicados en la recuperación natural podría ser de gran ayuda para mejorar los programas de tratamiento para la adicción al juego patológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blaszczynski, A., y Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 11:195-219.
- Cohen, S.; Lichtenstein, E.; Prochaska, J.O.; Rossi, J.S.; Gritz, E.R.; Carr, C.R.; Orleans, C.T.; Schoenbach, V.J.; Biener, L.; Abrams, D., y Debunking (1989). Myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *American Psychologist* 44:1355-1365.
- Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors* 24:267-270.
- Daughters, S. B.; Lejuez, C. W.; Lesieur, H. R.; Strong, D. R., y Zvolensky, M. J. (2003). Towards a better understanding of gambling treatment failure Implications of translational research. *Clinical Psychology Review* 23:573-586.
- DeFuentes-Merillas, L.; Koeter, M. W.; Schippers, G. M., y Van den Brink, W. (2004). Temporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard two years later. *Addiction* 99:117-127.
- Eysenck, H.J. (1973). Los efectos de la psicoterapia: una evaluación. En: H.J. Eysenck y G.D. Wilson (Eds.), *El estudio experimental de las teorías freudianas*. Madrid: Alianza.
- Eysenck, H., y Beech, R. (1971). Counterconditioning and related methods. En: A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior*. New York: Wiley.
- Hasin, D., y Grant, B. (1995). AA and other help seeking for alcohol problems: Former drinkers in the U.S. general population. *Journal of Substance Abuse* 7:281-292.
- Hodgins, D. C. (2001). Processes of changing gambling behavior. *Addictive Behaviors* 26:121-128.
- Hodgins, D. C., y El-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: A comparison of resolved and active gamblers. *Addiction* 95:777-789.
- Hodgins, D. C.; Currie, S. R., y El-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 69:50-57.
- Hodgins, D. C.; Wynne, H., y Makarchuk, K. (1999). Pathways to recovery from gambling problems: Follow-up from a general population survey. *Journal of Gambling Studies* 15:93-104.

- Klingemann, H.; Sobell, L. C.; Barker, J.; Blomqvist, J.; Cloud, W.; Ellingstad, T. P.; Finfgeld, D.; Granfield, R.; Hodgins, D.; Hunt, G.; Junker, C.; Moggi, F.; Peele, S.; Smart, R.; Sobell, M., y Tucker, J. (2001). *Promoting self-change from problem substance use : practical implications for policy, prevention and treatment*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Koski-Jänes, A., y Turner, N. (1999). Factors influencing recovery from different addictions. *Addiction Research* 7:469-492.
- Ladouceur, R.; Blaszczynski, A., y Pelletier, A. (2004). Why adolescent problem gamblers do not seek treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance* 13:1-12.
- Marotta, J. J. (1999). Recovery from gambling problems with and without treatment (natural resolution). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering* 60:2952.
- Nathan, P. E. (2003). The Role of Natural Recovery in Alcoholism and Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies* 19:279-286.
- National Research Council (1999). *Pathological Gambling: A Critical Review*. Washington, DC: National Academy Press.
- Petry, N. M. (2002). Psychosocial treatments for pathological gambling: Current status and future directions. *Psychiatric Annals* 32:192-196.
- Rachman, S.J., y Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy*. Oxford: Pergamon Press.
- Robins, L. (1993). Vietnam veterans` rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction* 88:1041-1054.
- Schachter, S. (1982). Recidivism and self-cure of smoking and obesity. *American Psychologist* 37:436-444.
- Shaffer, H. J., y Hall, M. N. (2002). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *Journal of Social Psychology* 142:405-424.
- Slutske, W. S.; Jackson, K. M., y Sher, K. J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology* 112:263-274.
- Sobell, L. C.; Cunningham, J. A., y Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health* 86:966-972.
- Sobell, L. C.; Klingemann, H. K.; Toneatto, T.; Sobell, M. B.; Agrawal, S., y Leo, G. I. (2001). Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: computer-assisted content analysis. *Substance Use & Misuse* 36:1467-1500.

- Sobell, L. C.; Sobell, M. B., y Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En *Self-control and the Addictive Behaviours* (N. Heather, W.R. Miller y J. Greeley, Eds.). New York: Maxwell MacMillan.
- Sobell, L. C.; Sobell, M. B.; Leo, G. I.; Agrawal, S.; Johnson-Young, L., y Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 26:936-948.
- Sobell, L. C.; Sobell, M. B.; Toneatto, T., y Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17:217-224.
- Timko, C.; Moos, R.H.; Finney, J.W., y Lesar, M.D. (2000). Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in alcoholics anonymous and formal treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 61:529-540.
- Toneatto, T., y Ladoceur, R. (2003). Treatment of Pathological Gambling: A Critical Review of the Literature. *Psychology of Addictive Behaviors* 17:284-292.
- Toneatto, T.; Sobell, L. C.; Sobell, M. B., y Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors* 13:259-268.
- Tuchfeld, B. (1981). Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studies on Alcohol* 42:626-641.
- Tucker, J. A.; Vuchinich, R. E., y Gladsjo, J. A. (1994). Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol* 55:401-411.

Correspondencia:

Roberto Secades Villa

Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo

Plaza Feijoo, s/n, 33003 Oviedo (Asturias)

Teléfono: 98-5104139

Email: secades@uniovi.es

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO

Ana Fernández-Alba Luengo
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

El objetivo de este estudio es realizar una revisión de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento del juego patológico y analizar su relación con las teorías existentes en este ámbito. Se revisan las principales teorías conductuales y cognitivas desarrolladas para explicar este trastorno y se describe el modelo de Sharpe y Tarrier (1993) como teoría integradora cognitivo-conductual. Se describen la terapia aversiva, la terapia de exposición y la terapia cognitiva como principales técnicas de intervención en el juego patológico y se resumen los resultados de las investigaciones que analizan la eficacia de dichas técnicas. Se hace una reflexión sobre las directrices futuras en el tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico.

Palabras clave: juego patológico, tratamiento cognitivo-conductual, reestructuración cognitiva, técnicas de exposición

ABSTRACT

The aim of this study is to review the cognitive-behavioral techniques for pathological gambling treatment and to analyse their connexion with the actual theories on this area. It is revised the main behavioral and cognitive theories for the explanation of pathological gambling disorder. Sharpe and Tarrier's model (1993) is described as a integrative cognitive-behavioral theory. The main techniques for the pathological gambling treatment are described: Aversive therapy, exposure therapy and cognitive therapy. This study resume the results of research on cognitive-beha-

vioral techniques efficacy. There is a reflection about future perspectives in the development of cognitive-behavioral treatment for pathological gambling disorder.

Key words: pathological gambling, cognitive-behavioral treatment, cognitive restructuring, exposure therapy

INTRODUCCIÓN

El interés científico por el juego excesivo es relativamente reciente, ya que hasta 1980 el juego patológico no se reconoce como un trastorno mental (American Psychiatric Association, APA). No obstante, a pesar de haber transcurrido escasamente dos décadas, se han desarrollado una gran diversidad de teorías explicativas del juego problema; teorías que ponen de relieve tanto factores psicológicos como biológicos. Asimismo, aunque en las nosologías al uso el juego patológico se incluye dentro de los trastornos del control de los impulsos (DSM-IV-TR, APA, 2002; CIE-10, OMS, 2000), hay otras concepciones de este trastorno que lo asemejan a un trastorno adictivo o, incluso, a un trastorno obsesivo-compulsivo. Como consecuencia, los tratamientos que hasta la actualidad se han propuesto para intervenir en este trastorno son también de índole muy variada.

Las teorías psicoanalíticas fueron las primeras en ofrecer una explicación del fenómeno del juego excesivo (Rosenthal, 1987), contribuyendo a la superación del modelo moral –por el que el juego excesivo era considerado un vicio– y la instauración de un modelo de enfermedad, que conlleva necesariamente el establecimiento de su etiología y el desarrollo de tratamientos que incidan en tales factores causales con objeto de solventar el trastorno. En la actualidad, el estado de conocimientos sobre el origen y el mantenimiento del juego problema pone de relieve tres tipos principales de factores explicativos: (a) factores biológicos, (b) factores conductuales y (c) factores cognitivos.

Las teorías biológicas consideran que existe una predisposición biológica que interactúa con los factores ambientales y psicosociales del individuo, favoreciendo el desarrollo de problemas con los juegos de azar. Por el momento, los factores de predisposición biológica hacen referencia a disfunciones neuropsicológicas (déficit de inhibición) y monoaminérgicas (déficit de serotonina) relacionadas con el control de los impulsos y a factores de vulnerabilidad genética relacionados con el sistema

dopaminérgico (Ibáñez y Sáiz, 2000); por lo que el tratamiento propuesto es de tipo farmacológico, bien a través de fármacos serotoninérgicos (clomipramina, fluvoxamina), estabilizadores del ánimo (carbonato de litio, carbamacepina) o antagonistas opiáceos (naltrexona). Aunque los estudios realizados muestran unos resultados prometedores hay que tener en cuenta, por un lado, que muchos de ellos no reúnen las condiciones metodológicas necesarias, sobre todo en relación al tamaño muestral y a la falta de control (McGurrin, 1992), y, por otro lado, la necesidad de tener en consideración otro tipo de factores no-biológicos, que también parecen desempeñar un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento del juego excesivo y, por ende, en su tratamiento.

Entre estos factores destacan los aspectos conductuales y cognitivos. Como señalan Ladouceur, Sylvain, Boutin y Doucet (2002), a diferencia de los acercamientos psicoanalíticos y biológicos, que proponen, respectivamente, que la etiología del juego excesivo está ligada a un trauma infantil o a una disfunción fisiológica, la teoría conductual considera que es una conducta aprendida y la teoría cognitiva se centra en la percepción errónea del juego, en la falsa expectativa de ganancia a largo plazo. En la actualidad, ambos acercamientos tienden a integrarse en la teoría cognitivo-conductual, la cual analiza la influencia mutua de los programas de reforzamiento y los factores cognitivos característicos de los juegos de azar en un intento de explicar el desarrollo y mantenimiento del juego problema.

El presente artículo tiene como objetivo describir y valorar la eficacia de las distintas técnicas y programas de tratamiento cognitivo-conductuales aplicados en la intervención del juego patológico y reflexionar sobre su conexión con las hipótesis y propuestas teóricas etiológicas existentes en este ámbito.

FACTORES Y MODELOS TEÓRICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES DEL JUEGO PATOLÓGICO

PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE

A partir de los años 60, desde el ámbito de la modificación de conducta comienzan a desarrollarse varias hipótesis para explicar el juego excesivo, destacando las que se basan en los principios del condicionamiento operante. En concreto se resaltan cuatro factores que contribuyen al mantenimiento de la conducta de juego (Tavares, Zilberman y el-Guebaly,

2003): (a) el papel de los programas de reforzamiento intermitente, (b) el bajo coste de respuesta desde el punto de vista físico y económico, (c) la magnitud del reforzamiento cuando se producen premios ocasionales elevados y (d) la inmediatez del reforzamiento. Aunque la ganancia económica (premio) adquiere un papel destacado como reforzador tanto en el mantenimiento de la conducta de jugar como en el origen de dicha conducta, a través de la experiencia temprana de grandes premios; a partir de los años 80, al efecto reforzante de los premios se añadirá la excitación (activación psicofisiológica) que potencialmente pueden provocar los juegos de azar, como otro reforzador que contribuye al desarrollo y la persistencia del juego problema.

Mientras que el reforzamiento positivo parece desempeñar un papel primordial en el desarrollo y mantenimiento inicial del juego excesivo, a medida que el problema evoluciona podría adquirir mayor relevancia el reforzamiento negativo, de manera que ya no se jugaría tanto por ganar como por recuperar lo perdido o escapar de los problemas que el propio juego provoca.

Aunque desde esta perspectiva el condicionamiento operante es el eje central de las explicaciones etiológicas, el condicionamiento observacional adquiere relevancia en el origen del problema de juego, a través de la observación de los otros significativos jugando y la imitación posterior de tales conductas, sin preocuparse de las consecuencias negativas del juego, debido a la familiaridad adquirida a nivel vicario con esta actividad. Por otro lado, ante la dificultad de explicar mediante el condicionamiento operante el carácter recurrente de la conducta de jugar después de finalizar una sesión de juego o el hecho de que se produzcan recaídas tras largos períodos de abstinencia (Sharpe y Tarrier, 1993), algunos autores proponen una explicación basada en el condicionamiento clásico. Brown (1986, 1987) plantea que la activación que produce el juego facilita la asociación de la conducta de jugar con estímulos circunstanciales, que llegan a convertirse en estímulos desencadenantes de dicha conducta.

DISTORSIONES COGNITIVAS REFERIDAS AL AZAR

Desde comienzos de los años 90, los aspectos cognitivos han ido recibiendo una atención progresivamente mayor como factores etiológicos del juego problema, hasta el punto de que algunos autores consideran que la incapacidad para “tener en cuenta la independencia entre los acontecimientos sería el elemento más importante para comprender la dinámica del jugador” (Ladouceur, 1993, p. 364), siendo tales “percep-

ciones erróneas la base del desarrollo y mantenimiento de los problemas de juego” (Ladouceur et al., 2002).

La base de estos errores se encuentra, fundamentalmente, en el hecho de no tener en cuenta (a) por un lado, las expectativas de ganancia negativas que caracterizan a todos los juegos de azar y que hacen matemáticamente imposible que los jugadores que apuestan repetidamente puedan ganar o recuperar las pérdidas, y (b) por otro lado, la independencia entre jugadas como condición esencial de los juegos de azar, lo que impide el control y la predicción de resultados. El efecto de estos errores se traduce en un conjunto de distorsiones cognitivas –que actúan infravalorando la influencia del azar– de las que destacan tres principales: (a) la ilusión de control, creencia en la influencia de las propias acciones en las probabilidades de ganar; (b) la falacia del jugador, por la cual se establece una relación de dependencia entre las jugadas que facilita la creencia de que la probabilidad de un premio aumenta a medida que incrementa el número de jugadas sin premio, y (c) la atribución flexible, una manera sesgada de evaluar los resultados que hace que el jugador tienda a imputarse los éxitos, favoreciendo el recuerdo de las ocasiones en las que las predicciones se cumplen.

LA INTEGRACIÓN DE LOS FACTORES COGNITIVO-CONDUCTUALES: TEORÍA DE SHARPE Y TARRIER (1993, 2002)

La teoría cognitivo-conductual propuesta por Sharpe y Tarrier (1993), y reformulada posteriormente por Sharpe (2002), plantea una integración de los factores conductuales y cognitivos. En primer lugar, los principios del condicionamiento operante favorecen la permanencia inicial de la conducta de jugar; posteriormente, la exposición continua al programa de reforzamiento de razón variable facilita el desarrollo de expectativas irreales sobre el juego, lo que sumerge al jugador todavía más en esta actividad, y, finalmente, la experiencia de activación psicofisiológica durante el juego contribuye a establecer estímulos condicionados que desencadenan la conducta de jugar. Esta teoría, además, destaca la falta de habilidades de afrontamiento como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento del problema de juego.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO

TERAPIA AVERSIVA

Los primeros tratamientos conductuales del juego patológico se basaban en el condicionamiento aversivo. El objetivo de estas técnicas aversivas es la reducción o eliminación de la frecuencia de la conducta de jugar a través de su asociación con estímulos aversivos presentados en vivo, generalmente una pequeña estimulación eléctrica, o en forma de sensibilización encubierta. En la tabla 1 se recogen los principales estudios que analizan la eficacia de tales técnicas. Como puede observarse, la mayoría de estos trabajos se han realizado en la década de los 60-70 y suelen ser estudios de casos que en muchas ocasiones sólo consiguen la reducción de la conducta problema. De hecho, Tavares et al. (2003) ponen de relieve que los resultados de dos estudios que comparan la terapia de aversión con otras modalidades de tratamiento (McConaghy, Armstrong, Blaszczyński y Allcock, 1983; McConaghy, Blaszczyński y Frankova, 1991) no confirman el entusiasmo inicial derivado de algunos informes de casos.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN

La aplicación de las diversas técnicas de exposición en el tratamiento del juego patológico coincide con la propuesta de Brown (1987) de retomar el paradigma del condicionamiento clásico en la explicación del juego problema, pero poniendo el énfasis en la exposición a estímulos clave del juego. Asimismo, la similitud establecida entre el juego patológico y el trastorno obsesivo-compulsivo ha favorecido su uso, debido a los logros terapéuticos alcanzados con estas técnicas en los trastornos de ansiedad.

La justificación teórica del uso de las técnicas de exposición reside en el papel de la activación durante el juego y su asociación con estímulos relacionados con esta actividad. El objetivo de la desensibilización sistemática sería producir un contracondicionamiento a través del cual tales estímulos acaben provocando la aparición de la nueva respuesta incompatible con la activación que generan estos estímulos. En el caso de la exposición con prevención de respuesta, el objetivo terapéutico es provocar habituación ante los estímulos que anteceden a la conducta de jugar y, por tanto, la extinción de la misma. No obstante, ambas explicaciones teóricas conllevan una concepción del juego problema como una adicción, donde la activación experimentada ante los estímulos asocia-

TABLA 1

Estudios que analizan la eficacia de las técnicas aversivas

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Barker y Miller (1968)	Estimulación eléctrica	3	1 abstinente 2 mejorados (episodio recaída)	meses-2 años
Goorney (1968)	Estimulación eléctrica	1	abstinente	1 año
Seager (1970)	Técnica aversiva + terapia de apoyo + Jugadores Anónimos	16	31% abstinente 12% mejorado (reducción) 19% recaída 37% abandono	6 meses-3 años
Cotler (1971)	Sensibilización encubierta + otras técnicas (reforzamiento positivo + práctica masiva + actividades alternativas)	1	Mejorado (recaída)	9 meses
Koller (1972)	Estimulación eléctrica	16	31% abstinente 25% mejorado (reducción) 44% fracaso	6 meses-2 años
Bannister (1977)	Sensibilización encubierta + Terapia Racional Emotiva	1	abstinente	2 años y medio
Greenberg y Marks (1982)	Sensibilización encubierta + exposición	7	3 mejorados (reducción)	0 - 6 meses
McConaghy et al. (1983)	Estimulación eléctrica	10	20% juego controlado 10% mejorado (reducción) 70% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento	6	33% juego controlado	2 - 9 años
Blaszczynski y McConaghy (1993)	técnica aversiva)	(20)	66% fracaso	
Fuente: Fernández-Alba (1999) y Fernández-Alba y Labrador (2002)			() = N original	

dos al juego se manifiesta en forma de deseo o craving, lo que a su vez implica aceptar que los jugadores padecen, en algún grado, un «estado de abstinencia» (Fernández-Alba y Labrador, 2002).

En el caso del juego patológico el procedimiento de aplicación de la desensibilización sistemática se realiza en imaginación, mientras la exposición con prevención de respuesta es en vivo. Por otro lado, la exposición en vivo suele aplicarse en combinación con el control de estímulos, una técnica que contribuye, a corto plazo, a romper la cadena de con-

TABLA 2

Estudios que analizan la eficacia de la desensibilización sistemática

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
McConaghy et al. (1983)	D.S. en imaginación	10	20% abstinentes 50% juego controlado 30% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1988)	D.S. en imaginación	10	10% abstinentes 20% juego controlado 20% mejorados (reducción) 50% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en	33	30% abstinentes	2-9 años
Blaszczynski y McConaghy (1993)	régimen de internamiento (D.S. en imaginación)	(60)	48% juego controlado 21% fracaso	
Fuente: Fernández-Alba (1999) y Fernández-Alba y Labrador (2002)				() = N original

ductas de juego, facilitando la posterior aplicación de la exposición con prevención de respuesta.

Las tablas 2 y 3 recogen los principales estudios sobre eficacia de las técnicas de exposición. Los datos de estudios controlados son escasos, pero parecen indicar una superioridad de la desensibilización sistemática en imaginación con respecto a las técnicas aversivas (McConaghy et al., 1983) y de la exposición en vivo sobre la reestructuración cognitiva (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996; Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002). En un estudio (McConaghy et al., 1991) en el que se comparan ambas técnicas de exposición se encuentra una diferencia significativa a favor de la desensibilización sistemática. A pesar de estos resultados, no es una técnica muy utilizada en este ámbito, quizá debido a la dificultad de justificar su uso tanto a nivel teórico como aplicado.

TERAPIA COGNITIVA: REESTRUCTURACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS REFERIDAS AL AZAR

La terapia de reestructuración cognitiva se centra en la identificación de creencias erróneas sobre el juego y su sustitución por pensamientos más realistas. El desarrollo de la terapia cognitiva para el tratamiento del juego patológico es relativamente reciente, ya que se produce en la década-

TABLA 3
Estudios que analizan la eficacia del control de estímulos
y la exposición con prevención de respuesta

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Greenberg y Rankin (1982)	Exposición con prevención de respuesta (incluía parada de pensamiento o sensibilización encubierta ante la urgencia de jugar) + control estimular	26	19% abstinentes 27% mejorado (períodos de juego) 54% abandono	9 meses-4 años y medio
Rankin (1982)	Control estimular	1	mejorado (alcanzado el objetivo de juego controlado en la mayoría de las ocasiones)	2 años
González et al. (1990a)	Tratamiento ambulatorio en grupo (control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + programación de actividades alternativas + prevención de recaídas)	(16) 6	17% recaída 83% abstinentes	no especificado
González et al. (1990b)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + terapia de grupo (con asistencia de los familiares)	67	16% abstinentes 36% en tratamiento 48% abandono	no especificado
Aranda et al. (1991)	Control estimular + contrato conductual + manejo de contingencias + discusión sobre las leyes del azar + terapia de grupo para prevenir las recaídas + habilidades de coping + exposición con prevención de respuesta + solución de problemas	1	abstinentes	6 meses
Arribas y Martínez (1991)	Exposición con prevención de respuesta + control estimular + prevención de respuesta	4	100% abstinentes	6 meses
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición prolongada en vivo)	4	25% abstinentes	2-9 años
Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición prolongada en vivo)	(10)	25% juego controlado 50% fracaso	
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición breve en vivo)	6	17% abstinentes	2-9 años
Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición breve en vivo)	(10)	50% juego controlado 33% fracaso	
Sharpe y Tarrier (1992)	Control estimular + actividades alternativas + entrenamiento en relajación progresiva + exposición en imaginación y en vivo + reestructuración cognitiva	1	Abstinentes (1 caída)	10 meses
Echeburúa et al. (1994, 1996)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta	16	75% abstinentes 68,8% abstinentes	6 meses 12 meses
Echeburúa et al. (1994, 1996)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + reestructuración cognitiva grupal	16	37,5 abstinentes 37,5 abstinentes	6 meses 12 meses
Báez y Echeburúa (1995)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + prevención de recaídas	1	Abstinentes (1 caída en el 4º mes)	2 años
Sevilla y Pastor (1996)	Terapia cognitiva + exposición con prevención de respuesta + prevención de recaídas	1	Abstinentes	1 año
Symes y Nicki (1997)	Exposición con prevención de respuesta	2	Reducción significativa	No especificado
Fernández-Alba (1999)	Control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas	20	30% abstinentes	12 meses
Labrador y Fernández-Alba (2002)	Control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + reestructuración de distorsiones cognitivas referidas al azar	20	55% abstinentes	12 meses

Fuente: Fernández-Alba (1999) y Fernández-Alba y Labrador (2002), ampliado

() = N original

TABLA 4

Estudios que analizan la eficacia de la reestructuración cognitiva

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Toneatto y Sobell (1990)	Terapia cognitiva	1	mejorado (reducción)	6 meses
Ladouceur et al. (1998)	Reestructuración cognitiva	5	60% abstinentes 20% mejorado (2 recaídas) 20% fracaso	6 meses
Sylvain y Ladouceur (1992)	Reestructuración cognitiva + prevención de recaídas	3	33% abstinentes 66% reducción en el juego	6 meses
Bujold et al. (1994)	Reestructuración cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas	3	100% abstinentes	9 meses
Ladouceur et al. (1994)	Reestructuración cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	4	75% abstinentes 25% mejorado (1 recaída al mes de haber finalizado el tratamiento)	6 meses
Sylvain et al. (1997)	Reestructuración cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	14 (22)	71% abstinentes 29% abandono	6 meses
Ladouceur et al. (2003)	Tratamiento grupal: Reestructuración cognitiva + prevención de recaídas	34	67% abstinentes 69% abstinentes 68% abstinentes	6 meses 12 meses 24 meses
Fernández-Alba (1999) Labrador y Fernández-Alba (2002)	Reestructuración cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas	20	15% abstinentes	12 meses
Fernández-Alba (1999) Labrador y Fernández-Alba (2002)	Reestructuración cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + exposición en vivo con prevención de respuesta	20	15% abstinentes	12 meses

da de los 90; sin embargo, es una de las modalidades de intervención más estudiadas en este campo (Tavares et al., 2003).

El procedimiento de aplicación, propuesto por Ladouceur y colaboradores (Ladouceur et al., 2002), conlleva, en primer lugar, la observación y auto-observación retrospectiva de una sesión de juego reciente, con objeto de detectar ideas erróneas sobre el juego y el uso de estrategias para ganar. A partir de esta información se irán realizando una serie de ejercicios, en formato de discusión socrática, que ayuden al jugador a (a) darse cuenta de la naturaleza destructiva de los juegos de azar; (b) incrementar la motivación de cambio, analizando los pros y contras tanto de seguir jugando como de dejar de jugar; (c) entender el concepto de azar; (d) comprender cuáles son los errores de pensamiento y las consecuencias que tienen en la toma de decisiones; (e) reemplazar estos pensamientos por otros que reflejen de forma más precisa la realidad del juego y que estén en consonancia con el objetivo de dejar de jugar.

La investigación sobre la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del juego patológico ha sido desarrollada fundamentalmente por el equipo de Ladouceur. Aunque gran parte de estas investigaciones son estudios de casos (véase tabla 4), cabe destacar varios estudios controlados (Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997; Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003) que señalan una tasa de abstinencia que ronda el 70% entre los 6-24 meses de seguimiento. Sin embargo, la tasa de abandono suele ser elevada (Ladouceur et al., 2001). Otros autores (Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002) han aplicado la terapia cognitiva en el marco de un paquete de intervención más amplio, obteniendo tasas de abstinencia inferiores, entre el 15-55% (véanse tablas 3 y 4), fundamentalmente cuando dicha técnica constituye el núcleo del tratamiento. Esta discrepancia de resultados puede deberse a una forma de realización de la terapia cognitiva más directiva, con menos diálogo socrático, y a un número de sesiones también menor (Ladouceur, 2001, comunicación personal), así como a la inclusión de los abandonos a lo largo de la intervención en la tasa de fracaso terapéutico.

En general, parece que los jugadores que reciben una intervención cognitiva, en solitario o junto con otras técnicas conductuales, muestran una disminución de la frecuencia y el deseo de jugar y un incremento de la percepción de control y de la auto-eficacia (Tavares et al., 2003).

PERSPECTIVAS FUTURAS EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO

El futuro próximo de la investigación en el tratamiento del juego patológico debería venir marcado por las palabras de Salkovskis (2002), que señala que el acercamiento de la terapia cognitivo-conductual al campo de la evidencia empírica debería ser doble: (1) los principios del tratamiento deben basarse en una teoría sobre el mantenimiento de un problema específico que esté apoyada científicamente, y (2) los procedimientos del tratamiento deben basarse en la mejor evidencia disponible sobre un paquete de tratamiento y los componentes que podrían ser añadidos o modificados.

Las teorías conductuales y cognitivas parecen contribuir de forma relevante a la explicación del desarrollo y mantenimiento del juego problema; no obstante, quedan por resolver algunos aspectos importantes. Como ponen de manifiesto Blaszczynski y Silove (1995), si los principios del condicionamiento operante son suficientes, todos los sujetos expuestos al juego llegarían a ser, con el tiempo, jugadores patológicos. Algo parecido puede afirmarse sobre los principales factores etiológicos propuestos, sobre todo en lo referente a las distorsiones cognitivas referidas al azar, ya que aparecen, en mayor o menor medida, en todas las personas al enfrentarse a tareas de tipo probabilístico. Entonces, ¿dónde reside la diferencia?. Quizá sea necesario analizar estos factores a nivel tanto cuantitativo como cualitativo. Por otro lado, siguiendo la propuesta de Sharpe y Tarrier (1993), parece relevante la integración de los factores conductuales y cognitivos; no obstante, como plantea el propio Sharpe (2002), esta propuesta es hipotética y, en consecuencia, precisa ser contrastada para superar su estatus especulativo. Por tanto, se necesita esclarecer empíricamente la relación entre ambos factores en forma de relaciones funcionales operativas, de acuerdo con las características y criterios propuestos, entre otros, por Haynes y O'Brien (1990, 2000) o Kazdin (2003). De hecho, algunos estudios (Coulombe, Ladouceur, Desharnais y Jobin, 1992; Sharpe, Tarrier, Schotte y Spence, 1995) encuentran una correlación positiva entre las verbalizaciones irracionales y la tasa cardíaca, lo que sugiere que los procesos cognitivos podrían estar mediando en el incremento de la activación psicofisiológica. Otros autores, sin embargo, sugieren que el peso inicial de las distorsiones cognitivas es sustituido por respuestas condicionadas (Coventry y Norman, 1998).

Los tratamientos cognitivo-conductuales también han demostrado su eficacia en el tratamiento de este trastorno. No obstante, se precisa de un mayor número de estudios controlados, que empleen además estrategias constructivas (¿qué componentes pueden ser añadidos para mejorar el cambio terapéutico?) y de desmantelamiento (¿qué componentes son necesarios, suficientes y facilitadores del cambio terapéutico?) (Bryant, Windle y West, 1997). Algunos de los estudios revisados proponen paquetes de intervención que incluyen diversidad de técnicas cognitivo-conductuales, que, sin embargo, no incrementan proporcionalmente la eficacia del tratamiento o, incluso, muestran una eficacia menor que intervenciones más sencillas en el número de técnicas empleadas. En este sentido puede destacarse el estudio de Echeburúa et al. (1994, 1996) que muestran cómo el tratamiento que incluye componentes cognitivos y conductuales consigue una tasa de abstinencia significativamente inferior al tratamiento exclusivamente conductual.

En definitiva, el desarrollo de unas teorías explicativas contrastadas empíricamente permiten desarrollar tratamientos más ajustados a la problemática objeto de estudio (especialmente necesario en el ámbito del juego patológico, en el que la elección de tratamientos viene dada, en muchos casos, por su equiparación con otros trastornos para los que se dispone de intervenciones contrastadas), y, a su vez, la valoración empírica de las técnicas de intervención contribuye a validar las teorías en las que supuestamente se fundamentan. Por este motivo, cabe destacar la necesidad de analizar los efectos de los componentes terapéuticos sobre las variables que teóricamente pretenden modificar. Este último punto lleva necesariamente a reflexionar sobre los efectos de algunas técnicas, especialmente las de exposición, cuyo mecanismo de actuación en el caso del juego patológico no se ha esclarecido: ¿Se produce habituación a la tensión provocada por resistirse a jugar cuando hay una oportunidad, se desarrollan estrategias de afrontamiento ante dicha situación o se modifican creencias erróneas al ver a otros jugar?

Correspondencia:

Ana Fernández-Alba Luengo

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.

Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I
(Psicología Clínica)

Campus de Somosaguas. 28223 Madrid

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aranda, J.A.; Díaz, C.; García, J.L., y González, J. (1991). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Clínica y Salud* 2:179-195.
- Arribas, M.P., y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta* 17:255-269.
- Báez, C., y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta* 21:125-145.
- Bannister, G. (1977). Cognitive and behavior therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research* 1:223-227.
- Barker, J.C., y Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 146:285-302.
- Blaszczynski, A., y McConaghy, N. (1993). A two to nine year treatment follow-up study of pathological gambling. En: W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- Blaszczynski, A., y Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 11:195-220.
- Brown, R.I. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *International Journal of Addictions* 21:1001-1016.
- Brown, R.I. (1987). Gambling addictions, arousal, and an effective/decision-making explanation of behavioral reversions or relapses. *International Journal of Addictions* 22:1053-1067.

- Bryant, K.J.; Windle, M., y West, S.G. (1997). *The science of prevention. Methodological advances from alcohol and substance abuse research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bujold, A.; Ladouceur, R.; Sylvain, C., y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 25:275-282.
- Cotler, S.B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy* 2:579-584.
- Coulombe, A.; Ladouceur, R.; Desharnais, R., y Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies* 8:235-244.
- Coventry, K., y Norman, A.C. (1998). Arousal, erroneous verbalizations and the illusion of control during a computer-generated gambling task. *British Journal of Psychology* 89:629-645.
- Echeburúa, E.; Báez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta* 20:617-643.
- Echeburúa, E.; Báez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 24:51-72.
- Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio [CD-ROM]*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Alba, A., y Labrador, F.J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Editorial Síntesis.
- González, A.; Mercadé, P.V.; Jaumá, J., y Pérez, O. (1990a). Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico. XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Barcelona, septiembre.
- González, A.; Pastor, C.; Mercadé, P.V., y Aymamí, N. (1990b). Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico. XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Barcelona, septiembre.
- Gorney, A.B. (1968). Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry* 114:329-333.
- Greenberg, D., y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry* 140:364-366.

- Griffiths, M.D. (1995). *Adolescent gambling*. London: Routledge.
- Haynes, S.N., y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review* 10:649-668.
- Haynes, S.N., y O'Brien, W.H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Nueva York: Kluwer academic Press.
- Ibáñez, A., y Sáiz, J. (2000). *La ludopatía: una «nueva» enfermedad*. Barcelona: Masson.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Koller, K.M. (1972). Treatment of poker-machine addicts by aversion therapy. *The Medical Journal of Australia* 1:742-745.
- Labrador, F.J., y Fernández-Alba, A. (2002). Treatment of pathological gambling. En C. von Hofsten y L. Bäckman (Eds.), *Psychology at the turn of the millennium* (vol. 2): *Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 271-301). Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge.
- Ladouceur, R. (2001). *Desarrollos de investigación en el tratamiento del juego patológico*. Seminario Internacional Complutense «Perspectivas Actuales y Retos Futuros en el Tratamiento Psicológico». Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 18-20 abril.
- Ladouceur, R.; Boisvert, J.M., y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification* 18:230-242.
- Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual* 1:361-374.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C., y Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C.; Lachance, S.; Doucet, C., y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy* 41:587-596.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C.; Lachance, S.; Doucet, C.; Leblond, J., y Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189:774-780.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Letarte, H.; Giroux, I., y Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy* 36:1111-1119.
- McConaghy, N.; Armstrong, M.S.; Blaszczynski, A., y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry* 142:366-372.

- McConaghy, N.; Armstrong, M.S.; Blaszczynski, A., y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification* 12:371-384.
- McConaghy, N.; Blaszczynski, A., y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 159:390-393.
- McGurrin, M.C. (1992). *Pathological gambling: Conceptual, diagnostic, and treatment issues*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- OMS (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behavior Research and Therapy* 20:185-187.
- Rosenthal, R.J. (1987). The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature. En: T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 41-70). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher.
- Salkovskis, P.M. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 30:3-9.
- Seager, C.P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry* 117:545-553.
- Sevilla, J., y Pastor, C. (1996). Un caso complejo de juego patológico. *Psicología Conductual* 4:253-262.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review* 22:1-25.
- Sharpe, L., y Tarrier, N. (1992). A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 6:193-203.
- Sharpe, L., y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry* 162:407-412.
- Sharpe, L.; Tarrier, N.; Schotte, D., y Spence, S.H. (1995). The role of automatic arousal in problem gambling. *Addiction* 90:1529-1540.
- Sylvain, C., y Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement* 24:479-489.
- Sylvain, C.; Ladouceur, R., y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65:727-732.

- Symes, B.A., y Nicki, R.M. (1997). A preliminary consideration of cue-exposure, response-prevention treatment for pathological gambling behaviour: Two case studies. *Journal of Gambling Studies* 13:145-157.
- Tavares, H.; Zilberman, M.L., y el-Guebaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Canadian Journal of Psychiatry* 48:22-27.
- Toneatto, T., y Sobell, L.C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: a case report. *Addictive Behaviors* 15:497-501.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LAS LUDOPATÍAS

Enrique Echeburúa*, Paz de Corral* y Pedro J. Amor**

**Universidad del País Vasco.*

***Universidad Nacional de Educación a Distancia*

RESUMEN

En este artículo se hace un análisis de las recaídas en el ámbito del juego patológico. Se revisan las variables precipitantes de la recaída, así como los predictores de los fracasos terapéuticos. Se propone un modelo cognitivo-conductual de intervención y se analizan los resultados obtenidos. Los estudios futuros deben hacer frente a nuevos retos, tales como centrarse en el objetivo del juego controlado como alternativa terapéutica o diseñar programas específicos para retener a los pacientes en el tratamiento y controlar las tasas de abandono.

Palabras clave: prevención de recaídas, juego patológico, predictores de éxito terapéutico.

ABSTRACT

There is a need for better understanding of relapse in pathological gambling and this review attempts to do so. There is an analysis of situations that trigger the relapse, as well as of the predictors of therapeutic failure. A model of cognitive-behavioral intervention is proposed and the outcome of the program is analyzed. Future studies need to address new challenges in the current pathological gambling literature, such as to focus on the issue of responsible gambling as a therapeutic aim or to design interventions to improve compliance and reduce dropout rates during the psychological treatment of patients.

Key words: Relapse prevention. Pathological gambling. Predictors of therapeutic success.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de recaída en las adicciones se producen habitualmente en los tres primeros meses después de la terminación del tratamiento. Si una persona mantiene el control durante un período prolongado (uno o dos años), la probabilidad de recaída disminuye considerablemente. A medida que aumenta la duración de la abstinencia y que el paciente es capaz de hacer frente con éxito a las diversas situaciones presentadas en la vida cotidiana, experimenta una percepción de control que aumenta la expectativa de éxito en el futuro. El seguimiento del paciente para el control de la recaída debe hacerse, por término medio, durante uno o dos años (tabla 1).

Por lo que al juego patológico se refiere, el análisis de las recaídas tiene un interés añadido en relación con el resto de los trastornos adictivos. Al no existir una sustancia tóxica que sea responsable de la dependencia física y explique, al menos hasta cierto punto, la probabilidad de recaída, en la ludopatía es posible estudiar los factores puramente psicológicos implicados en tal fenómeno (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2000).

Los episodios de recaída en los trastornos adictivos suelen aparecer asociados frecuentemente a las mismas tres situaciones de alto riesgo: *estados emocionales negativos* (ansiedad, depresión, irritabilidad, etcétera), *conflictos interpersonales* (discusión con la pareja, dificultades en el trabajo, etcétera) y *presión social* (invitaciones a implicarse en la conducta adictiva, mantenimiento de amigos adictos, etcétera) (Marlatt y Gordon, 1985).

En el caso concreto del juego patológico se añaden otros factores de riesgo específicos. Así, en un estudio sobre las situaciones precipitantes de la recaída en la ludopatía (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999), los principales factores encontrados fueron, por orden de importancia, los siguientes: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos, el consumo abusivo de alcohol, el ansia por el juego (el "*craving*") y, por último, la presión social (tabla 2).

En concreto, casi la mitad de todas las recaídas se produjeron por un control inapropiado del dinero (disponibilidad de unos ingresos económicos inesperados, vigilancia excesiva del dinero por parte de la familia, terminación del pago de las deudas, etcétera). El segundo factor en importancia fue la presencia de estados emocionales negativos (aburrimiento/tristeza, ansiedad/estrés, ira/discusiones, etc.), que explicó el 25% de las recaídas. El resto de categorías (consumo abusivo de alcohol, "*craving*" y presión social), si bien fueron también importantes, dieron cuenta de un porcentaje menor de los fracasos terapéuticos.

TABLA 1

Momento de la primera recaída tras el tratamiento en la ludopatía

(Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999)

MOMENTO DE LA PRIMERA RECAÍDA			Frecuencia acumulada	
	N	(%)	N	(%)
1 mes	8	(38,1%)	8	(38,1%)
3 meses	6	(28,6%)	14	(66,7%)
6 meses	5	(23,8%)	19	(90,5%)
12 meses	2	(9,5%)	21	(100%)

TABLA 2

Factores precipitantes de la recaída en los jugadores

(Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999)

Factores precipitantes	N	(%)
Manejo inadecuado del dinero	17	(48,6%)
Estados emocionales negativos	9	(25,7%)
Consumo abusivo de alcohol	5	(14,3%)
Avidez por el juego (" <i>craving</i> ")	2	(5,7%)
Presión social	2	(5,7%)

El estudio de los factores precipitantes es fundamental para el diseño de estrategias eficaces de prevención de las recaídas. En el ámbito del juego patológico existen pocos estudios en este sentido. Es inicialmente McCormick (1993) quien propone un plan de prevención de recaídas en la ludopatía. En este programa se incluye un análisis de los factores de predisposición a la recaída y se proporcionan a los jugadores estrategias básicas de afrontamiento, así como acciones específicas para llevar a cabo si ocurren las primeras caídas. Sin embargo, todavía no se dispone de información acerca de su eficacia.

Por otra parte, en cuanto a las variables predictoras de recaídas o de fracaso terapéutico, en las investigaciones de nuestro grupo la mayor edad del paciente estaba relacionada con el abandono de la terapia y la

menor satisfacción con el tratamiento, el mayor grado de consumo de alcohol y el neuroticismo, como variable de personalidad, eran predictores de fracaso terapéutico a largo plazo (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2001).

Otras variables predictoras de recaída encontradas en otros estudios son el bajo nivel de inteligencia (McCormick y Taber, 1991) y la mayor implicación en otras conductas adictivas en el pasado (no en el presente) (Zion, Tracy y Abell, 1991) (tabla 3).

MODELO DE RECAÍDA: CAÍDAS Y RECAÍDAS

En general, la *caída* inicial suele tener lugar cuando un paciente no ha sabido identificar una situación determinada como de riesgo (por ejemplo, entrar en un bar con máquinas tragaperras para comprar tabaco) o no ha aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas (por ejemplo, rechazar una invitación a jugar) ante una situación imprevista. Este fallo inicial puede estar también facilitado por un estado de ánimo deprimido, por un conflicto personal, por el consumo de alcohol o por una distorsión cognitiva (por ejemplo, considerar que “*por una vez no va a pasar nada*”).

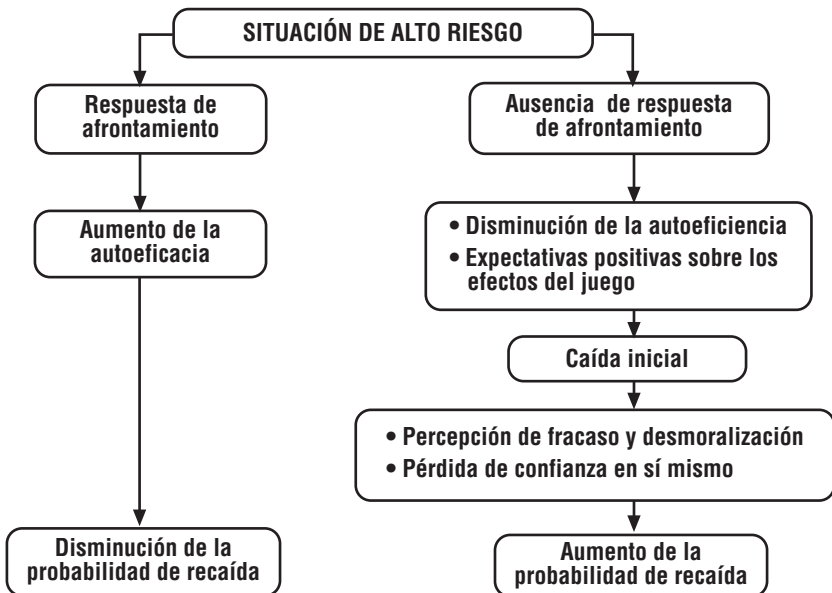
De la *caída* inicial –un episodio aislado– se puede pasar rápidamente a la recaída, que supone ya una vuelta a los niveles de juego anteriores al tratamiento. Lo que facilita la transición de una situación a otra es la percepción de fracaso del sujeto y la pérdida de confianza en sus habilidades para mantener el objetivo terapéutico propuesto (figura 1) (Marlatt y Gordon, 1985). De ahí la importancia de incluir en los programas de tratamiento técnicas específicas para prevenir las recaídas.

Un aspecto común en los procesos de recaída en las diferentes conductas adictivas es la pérdida de control subsiguiente a la primera caída. Frecuentemente, tras este primer episodio, los sujetos suelen regresar rápidamente a los estadios iniciales de la adicción, superando en muchos casos incluso el nivel previo. Para explicar este fenómeno se ha propuesto la existencia de un mecanismo cognitivo denominado *efecto de violación de la abstinencia* (Marlatt y Gordon, 1985). Este efecto consta, a su vez, de dos elementos cognitivos básicos:

a) La *disonancia cognitiva* (Festinger, 1964). La ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva de uno mismo como abstinentes. El primer dinero invertido en el juego que sigue a un período de abstinencia suscita un estado emocional negativo de conflicto o culpa

TABLA 3	
Variables predictoras de las recaídas en el juego patológico	
AUTORES	VARIABLES PREDICTORAS
McCormick y Taber (1991)	Bajo nivel intelectual
Zion, Tracy y Abell (1991)	Mayor implicación en otras conductas adictivas en el pasado (no en el presente)
Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1995)	Insatisfacción con el tratamiento, menor antigüedad de la dependencia al juego y mayor neuroticismo. Mayor edad (predictora del abandono del tratamiento).
Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (2001)	Insatisfacción con el tratamiento, consumo abusivo de alcohol y mayor neuroticismo

Figura 1. Modelo psicológico del proceso de recaída



que puede reducirse por la repetición reiterada de la conducta adictiva (recuérdese el efecto ansiolítico y antidepresivo transitorio de la conducta de juego en los ludópatas) y por una reestructuración cognitiva de la autoimagen en consonancia con la recaída (por ejemplo: "*soy un desastre*", "*ya, de perdidos, al río*", "*no tengo solución*", etcétera).

b) Las *atribuciones de causalidad interna* (Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Valins y Weiner, 1972). Los sujetos tienden a atribuir la recaída a una debilidad interna (por ejemplo, a la falta de "*fuerza de voluntad*" o a la insuficiente "*capacidad de control*" sobre las propias conductas). Esta atribución de inhabilidad personal reduce, en consecuencia, la resistencia a "*tentaciones*" posteriores, de donde deriva la pérdida de control.

Los efectos sumatorios de ambas reacciones aumentan la probabilidad de tener nuevas recaídas y de llegar, por tanto, a la pérdida de control. La intensidad del efecto de violación de la abstinencia depende de varios factores, tales como la duración del período de abstinencia (cuanto más largo, mayor es el efecto), el grado de compromiso personal o público (y el esfuerzo realizado) para mantener la abstinencia y la importancia de la conducta para el sujeto (Marlatt y Gordon, 1985).

EVALUACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE SUFRIR UNA RECAÍDA

Para poder llevar a cabo adecuadamente una intervención en prevención de recaídas es necesario evaluar e identificar qué situaciones concretas son peligrosas para cada paciente, así como la percepción subjetiva que el sujeto tiene respecto a su capacidad para afrontarlas. En este sentido se presentan dos instrumentos de evaluación que son muy útiles para identificar las posibles situaciones precipitantes de la recaída y la capacidad subjetiva para afrontar cada una de ellas. Ambos instrumentos figuran en el apéndice.

El *Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y de Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico* (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) consta de 19 ítems que responden a diferentes situaciones de alto riesgo para la recaída. En la primera parte de cada ítem, el paciente debe señalar el nivel de peligrosidad de cada situación concreta con cuatro posibilidades de respuesta ("*muy peligrosa*", "*bastante peligrosa*", "*poco peligrosa*" o "*nada peligrosa*"). En la segunda parte, el sujeto debe indicar la estrategia de afrontamiento que ha utilizado cuando se ha enfrentado con dicha situación.

Por otra parte, el *Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída* (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) se utiliza a lo largo del entrenamiento en prevención de recaídas. Este registro permite al terapeuta conocer si el paciente es capaz de identificar situaciones de alto riesgo para la recaída y si es capaz de poner a prueba las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la terapia. Asimismo, permite al sujeto tomar conciencia de los progresos experimentados.

TRATAMIENTO DE LAS RECAÍDAS

La actuación terapéutica adecuada en este contexto implica, por un lado, el desarrollo de habilidades específicas para impedir la *caída inicial* (o para evitar la *recaída*, en el caso de que se haya producido una primera caída) y, por otro, la solución de los problemas específicos (ansiedad, depresión, problemas de pareja, etcétera), así como una intervención encaminada al cambio global del tipo de vida del paciente (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Los puntos de intervención para evitar las caídas iniciales son los siguientes (Marlatt y Gordon, 1985):

a) *Identificación de las situaciones de alto riesgo*. Prevenir la recaída implica enseñar al paciente a reconocer las situaciones específicas de alto riesgo y mantenerlo en una disposición de alerta cognitiva.

b) *Adopción de respuestas de enfrentamiento adecuadas a situaciones problemáticas*. Conviene enseñar a los sujetos las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo.

c) *Cambio de expectativas sobre las consecuencias positivas del juego*. Esta parte del programa implica la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo de la dependencia al juego, así como la actuación sobre algunos errores cognitivos (por ejemplo: "*por una vez que juegue, no me va a pasar nada malo*").

Una vez que el paciente ha aprendido a identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída, así como a implementar las estrategias más adecuadas para afrontarlas, es necesario recurrir a las técnicas de exposición. La persona no puede convertirse en un estratega de la evitación, sobre todo porque el juego (especialmente las máquinas tragaperras) está muy extendido y presente en casi todos los lugares de ocio. En realidad, la recuperación total (objetiva y subjetiva) sólo se produce cuando el sujeto se expone a los indicios de riesgo y pone a prueba las estrategias

de afrontamiento aprendidas. La exposición a los indicios de riesgo debe hacerse inicialmente en compañía de alguna persona de confianza (familiar, amigo, etcétera). Hacerlo a solas es algo que debe intentarse sólo cuando ya se ha ensayado esta situación repetidas veces con otras personas y el paciente se encuentra seguro de sí mismo y de sus recursos para hacer frente a la situación (Edwards, 1986) (figura 2).

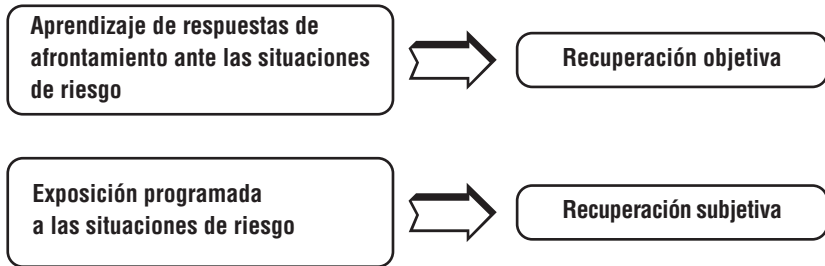
Más a largo plazo, para evitar el proceso de recaída conviene intervenir en dos aspectos fundamentales:

a) *Solución de problemas específicos*. Los problemas específicos pueden ser variables de unos casos a otros, pero hay algunos que son prácticamente constantes en todas las personas con problemas de juego: el exceso de ansiedad, el estado de ánimo deprimido, las discusiones familiares y de pareja, los problemas laborales, el abuso de alcohol, etcétera. Es difícil mantener la abstinencia del juego si no se interviene también en todos estos aspectos, ya que aumentan la probabilidad de que se produzca una recaída a medio y largo plazo. Por ello es necesario incluir durante el tratamiento la intervención en los problemas más específicos que presentan los jugadores.

Las posibles áreas de actuación incluyen autoafirmación, control del estrés, relajación, control de la ira, habilidades de comunicación y habilidades de solución de los problemas cotidianos.

b) *Cambio en el estilo de vida*. Un proceso profundo de cambio implica el establecimiento de nuevas metas de vida. La apatía facilita la añoranza del juego, los sentimientos de culpa y el estado de ánimo deprimido. Sólo un cambio de vida estable garantiza el mantenimiento de la abstinencia del juego a largo plazo. Sugerir al paciente la realización de un balance del *antes* y del *después* del tratamiento contribuye a mantenerlo motivado en el largo proceso de la abstinencia. De hecho, al tenerlo escrito, le permite releerlo en las situaciones de desánimo, cuando mayor es el riesgo de recaída, y remotivarse en estos momentos bajos.

En esta misma línea es necesario fomentar el establecimiento de conductas alternativas al juego que le sean gratificantes. Cuando una persona está implicada en una dependencia del juego, la mayor parte de las fuentes de satisfacción en la vida cotidiana procede de dicha adicción: la ocupación del tiempo libre, la interacción social con los amigos jugadores, el refuerzo de la posibilidad de obtener una ganancia, la excitación habida, etcétera. No es, por ello, extraño que un ludópata se sienta *vacío* cuando deja de jugar. Se trata, por tanto, de enseñar al paciente nuevas pautas de conducta que le generen una gratificación alternativa. De este

Figura 2. Niveles de recuperación en la prevención de recaídas**TABLA 4**

Tasa de éxitos y resultados de X^2 en los distintos momentos de evaluación N (N=69) (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000)

Evaluación	Tratamiento individual		Tratamiento grupal		Grupo de control		X^2
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Post.	23	(100%)	23	(100%)	21	(91,3%)	4,11
1 mes	22	(95,7%)	21	(91,3%)	17	(73,9%)	5,36
3 meses	21	(91,3%)	21	(91,3%)	14	(60,9%)	9,28 **
6 meses	20	(87%)	20	(87%)	13	(56,5%)	7,97 *
12 meses	19	(82,6%)	18	(78,3%)	12	(52,2%)	6,05 *

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

modo, estas nuevas conductas desempeñan un doble papel: a) ser incompatibles con la adicción, y b) ofrecer al sujeto vías atractivas y diferentes de obtener satisfacciones en la vida diaria.

En una investigación controlada reciente de Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1999, 2000) se puso a prueba la efectividad de dos modalidades de prevención de recaídas –grupal e individual– basadas en esta línea de actuación, en relación con un grupo de control. Para ello se utilizó una muestra de 69 jugadores tratados, en una fase previa, median-

te exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos. Posteriormente, una vez conseguida la abstinencia, recibieron la intervención en prevención de recaídas. Los resultados obtenidos en el seguimiento de los 12 meses mostraron la superioridad de los grupos terapéuticos en relación con el grupo de control (tabla 4). En concreto, en este seguimiento los dos grupos terapéuticos eran homogéneos entre sí, con una tasa de éxitos del 82% en la modalidad individual y del 78% en la grupal, y significativamente superiores al grupo de control (52%) ($X^2=6,05$; $p<0,05$). Una descripción detallada de la guía de tratamiento utilizada para la prevención de recaídas, con el diario de sesiones correspondiente y los instrumentos de evaluación empleados, puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

CONCLUSIONES

En los últimos años se ha producido un avance importante en el estudio de las recaídas en el juego patológico. Hoy por hoy existen estudios –aunque todavía resultan insuficientes– relacionados con los tres aspectos fundamentales implicados en las recaídas: las variables predictoras, los factores precipitantes y las estrategias de intervención para su prevención.

Los primeros meses de seguimiento, una vez terminada la intervención terapéutica propiamente dicha, constituyen un momento crítico para el mantenimiento del cambio conductual conseguido con la terapia. De este modo, los programas de prevención de recaídas, aplicados una vez conseguida la abstinencia, pueden ser de gran importancia para el mantenimiento de la misma. Este tipo de intervenciones, en las que se prepara al paciente para afrontar las situaciones críticas de la vida cotidiana cuando ya se ha terminado el tratamiento, pueden reducir significativamente el número de recaídas en los primeros meses de seguimiento. No se debe olvidar que los jugadores patológicos presentan numerosas distorsiones cognitivas (cfr. Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996), que perduran habitualmente más allá de la intervención terapéutica y que pueden facilitar este tipo de fracasos iniciales.

Los estudios llevados a cabo hasta la fecha cuentan con una sobrerrepresentación de hombres. Las motivaciones para el juego no son, sin embargo, las mismas en uno y otro sexo. En concreto, los hombres tienden a jugar más por excitación y para ganar dinero; las mujeres, para

hacer frente a problemas personales (soledad, depresión, etcétera) y familiares (Raylu y Oei, 2002). Por ello, las estrategias para la prevención de recaídas conviene modularlas en función del sexo. Pero eso es algo que está aún por hacer.

Más allá de la prevención de recaídas, la retención de los pacientes durante el tratamiento constituye una prioridad. La tasa de abandonos puede oscilar en torno al 20% (Báez et al., 1995). Por ello, la entrevista motivacional y las estrategias adecuadas a las fases del cambio del paciente, según el modelo de Prochaska y DiClemente (1982), constituyen un camino prometedor. En este sentido ha habido un primer estudio exploratorio aplicando este enfoque para mejorar la retención de los pacientes en el tratamiento cognitivo-conductual de la ludopatía (Milton, Crino, Hunt y Prosser, 2002). Los resultados son todavía inconcluyentes.

Por último hay un interés actual por analizar la viabilidad del juego controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento de la ludopatía (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003). Los resultados obtenidos no son concluyentes. Quizá sea este un objetivo válido para ciertos pacientes (los jugadores problemáticos), pero no para otros (los ludópatas propiamente dichos). Lo que se ha estudiado hasta la fecha con la prevención de recaídas partía del objetivo terapéutico de la abstinencia. Se requieren nuevos estudios con este tema cuando la meta del tratamiento sea el juego controlado.

Correspondencia:

Enrique Echuburúa

Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco

Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián

E-mail: eecheburua@ss.ehu.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Báez, C.; Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta* 21:5-22.
- Echeburúa, E.; Amor, P.J., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Las recaídas en el juego patológico: identificación y prevención. En: M. Lameiras y J.M. Faílde (Eds.). *La psicología clínica y de la salud en el Siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid. Dykinson.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta* 25:375-403.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behavior Therapy* 31:351-364.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29:369-373.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México. Trillas.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). *Manual del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J.; Báez, C., y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 37:13-23.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E., y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 4:115-121.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, Decision and Dissonance*. Stanford. Stanford University Press.
- Jones, E.E.; Kanouse, D.E.; Kelley, H.H.; Nisbett, R.E.; Valins, S., y Wiener, L. (Eds.) (1972). *Attribution: Perceiving the Causes of Behaviors*. Morristown, N.J. General Learning Press.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C.; Lachance, S.; Doucet, C., y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy* 41:587-596.

- Marlatt, G.A., y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.
- McCormick, R.A. (1993). La selección de tratamientos para los jugadores patológicos basados en factores clínicamente significativos. *Psicología Conductual* 1:441-454.
- McCormick, R.A., y Taber, J.I. (1991). Follow-up of male pathological gamblers after treatment: The relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies* 7:99-108.
- Milton, S.; Crino, R.; Hunt, C., y Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 18:207-229.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1982). Thanstheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19:276-288.
- Raylu, N., y Oei, T. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 22:1009-1061.
- Zion, M.M.; Tracy, E., y Abell, N. (1991). Examining the relationship between spousal involvement in Gam-Anom and relapse behaviors in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 7:117-131.

APÉNDICE

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA RECAÍDA

INVENTARIO DE SITUACIONES PRECIPITANTES DE LA RECAÍDA
Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL JUEGO PATOLÓGICO
(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

A continuación aparece una lista de situaciones que a algunas personas les producen ganas de jugar. Conteste a cada una de ellas en función de si usted considera que es una situación "*muy peligrosa*", "*bastante peligrosa*", "*poco peligrosa*" o "*nada peligrosa*" para volver a jugar. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategias ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando paso por un local de juego o por un bar con máquinas tragaperras.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

2. Cuando estoy con otras personas que están jugando.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

3. Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurre.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

4. Cuando estoy muy nervioso.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

5. Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

6. Cuando me siento deprimido.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

7. Cuando tengo problemas en el trabajo.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

8. Cuando siento que me regañan injustamente.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

9. Cuando estoy muy contento.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

10. Cuando tengo dinero disponible para gastar.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

11. Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

12. Cuando hay riñas y peleas en casa.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

13. Cuando estoy irritado o me siento frustrado.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

14. Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

15. Cuando estoy aburrido.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

16. Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

17. Cuando la máquina está "caliente".

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

18. Cuando tengo una deuda que no me he atrevido a confesar.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

19. Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía.

—
—

Muy
peligrosa

—
—

Bastante
peligrosa

—
—

Poco
peligrosa

—
—

Nada
peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:



A continuación especifique otras situaciones que no aparecen en este cuestionario y que a usted le han supuesto un alto riesgo de recaída. Indique también cómo afrontó dichas situaciones.

Situación 1:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 2:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 3:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

REGISTRO DE SITUACIONES DE ALTO RIESGO PARA LA RECAÍDA
(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

Situación	Grado de riesgo (0-10)	Capacidad subjetiva (0-10)	Estrategia de afrontamiento utilizadas
Observaciones:			

ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN Y FORMACIÓN EN JUEGO PATOLÓGICO

Beatriz Martín del Río* y Maite Cortés Tomás**

**Dpto. Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández*

*** Dpto. Psicología Básica. Universitat de València.*

RESUMEN

Con objeto de cubrir la necesidad de actualización constante del conocimiento en el área específica del juego patológico en España se desarrolla este artículo como una guía para el acceso rápido y directo a la formación/información y la búsqueda de bibliografía en este tópico.

Para ello, ésta se configura en dos apartados: uno de documentación, que incluye las principales bases de datos, publicaciones periódicas, libros y manuales, así como tesis doctorales, y otro sobre la formación tanto general como continuada.

Palabras clave: documentación, formación, juego-patológico, España.

ABSTRACT

We develop this article as a guide for the direct and fast access to the education/information and the bibliographic search, because of the need of constant updating of the knowledge in the specific area of the Pathological Gambling in Spain.

It is configured in two sections, one about documentation, that includes the databases, periodical publications, books and manuals, as well as the doctoral dissertations, and on the other hand, about training, general as well as continued.

Key words: Documentation. Training. Pathological Gambling. Spain.

1. INTRODUCCIÓN

Tanto en el desarrollo investigador como en la práctica profesional que se quiera realizar con rigurosidad y eficacia es necesaria la actualización constante del conocimiento. Por ello, resulta fundamental la consulta tanto de información a través de los principales canales de expresión escrita –revistas, libros, actas de congresos y symposios– como de aquellos recursos a los que poder acudir para ser informados y formados.

Frecuentemente, cuando deseamos obtener información y formación en la red sobre un área de conocimiento muy concreta, encontramos problemas tanto en el proceso de búsqueda como en la selección de los centros o instituciones más adecuados que nos puedan proporcionar dicho material.

Por ello, el objetivo del presente trabajo consiste en presentar una guía lo más exhaustiva posible de los recursos y bases de datos españolas que incluyen información sobre juego patológico, centrándonos en la formación/información y en la búsqueda de bibliografía, con objeto de que el lector pueda acceder a los recursos que más le interesen, previo conocimiento de lo que va a encontrar en sus páginas.

En este artículo se diferencian dos apartados fundamentales: el de documentación, que incluye las principales bases de datos en las que obtener información sobre el juego patológico, las publicaciones periódicas españolas y extranjeras que publican artículos sobre esta problemática, y los libros o manuales que tratan este tema de forma completa o en alguno de sus capítulos, y el de formación, ofrecido por diferentes organismos y clasificado en función de si se trata de cursos de carácter general o de formación continuada.

2. DOCUMENTACIÓN

La forma más fácil y eficaz de encontrar información sobre un tema tan especializado como el juego patológico es recurriendo a bases de datos especializadas en adicciones, en las que podemos realizar búsquedas concretas, con objeto de localizar artículos, libros, capítulos de libro y ponencias de congresos principalmente. Pero para completar esta información, también podemos recurrir a bases de datos de carácter más general, en nuestro caso relacionadas con la Psicología o ciencias afines, de las que se obtiene información, menos cuantiosa, pero también

interesante, incluyendo posibles tesis doctorales leídas en universidades españolas.

A continuación mostramos, en primer lugar, una descripción de las herramientas utilizadas y seguidamente se exponen los resultados obtenidos en la búsqueda documental efectuada.

2.1. BASES DE DATOS

Concretamente, se ha realizado una búsqueda de documentación en las siguientes bases de datos relacionadas tanto con el área de las adicciones como con la psicología entendida en sentido amplio:

TABLA 1

Bases de datos para la búsqueda de material especializado

BASES DE DATOS SOBRE ADICCIONES	
Plan Nacional sobre Drogas	Base de datos bibliográfica (http://www2.sindrogas.es/pnd/centro/index.jsp): Comprende unas 14.000 referencias, catalogadas según la normativa internacional ISBD e indizadas mediante un Thesaurus de drogodependencias con más de 800 descriptores. Su consulta permite la búsqueda de documentos (monografías, artículos de revistas, etc.) por campos (autor, identificadores, descriptores, materia, entradas secundarias, revistas, título, tipo de documento, idioma y fecha) y mediante la utilización de operadores booleanos.
INDID – Base de datos de la FAD	INDID Base documental que incluye alrededor de 27.000 referencias bibliográficas sobre todos los aspectos de las drogodependencias. Aproximadamente un 60% de estas referencias son en lengua castellana. Las bases de datos de la FAD (INDID, IKONOS y LEGISLA), cedidas en uso, están disponibles en el Centro de Documentación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y prestan servicio al mismo.
REDOC – Centro de Documentación de Drogodependencias del Ayuntamiento de Valencia	(Todavía no disponible on line) Cuenta con más de 20.000 registros procedentes de artículos de revistas, monografías, literatura gris, vídeos, material didáctico y todo tipo de materiales divulgativos. Abarca principalmente aspectos relacionados con las drogodependencias, pero también con otras materias como la psicología, la psiquiatría, el trabajo social o la educación.

BASES DE DATOS SOBRE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA Y DE CIENCIAS AFINES	
PsycINFO	Es considerada la fuente de información bibliográfica más conocida, importante y de mayor difusión en el ámbito de la Psicología. Fundada en 1927 por la American Psychological Association (APA) en sustitución del Psychological Index. Hay que matizar que desde 1973 se omiten de su publicación los resúmenes de las tesis doctorales, campo cubierto por el Dissertation Abstracts International. De este repertorio existen dos versiones automatizadas: una base de datos accesible on line (PsycINFO) y una versión en CD-ROM (PsycLIT).
PSICODOC	Base de datos bibliográfica del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid que incluye trabajos publicados desde 1975. Contiene más de 20.000 registros procedentes de artículos de revistas especializadas tanto españolas como extranjeras, que se actualizan anualmente. El material se organiza sirviéndose de los descriptores del Thesaurus of Psychological Index Terms, introduciendo nuevos términos en función del propio desarrollo y situación actual de la psicología. A esta base de datos se puede acceder desde los servicios de biblioteca de la mayoría de universidades españolas.
ISOC	Editada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, recoge las aportaciones de la Psicología y Ciencias de la Educación. Se actualiza mensualmente, incorporando anualmente alrededor de 1.200 registros psicológicos. Permite localizar trabajos de un autor, tema, revista o localizarlos por el lugar de trabajo de sus autores, año de publicación, etc. Todos sus documentos se indizan homogéneamente sirviéndose del Tesoro ISOC. A esta base de datos se puede acceder desde los servicios de biblioteca de la mayoría de universidades españolas.
IME (Índice Médico Español)	Producido por el Centro de Documentación e Información Biomédica de la Universitat de València. Recoge trimestralmente, desde 1971, toda la producción científica española en el área de la Biomedicina, publicada anualmente en revistas españolas. Resulta de gran ayuda para los psicólogos, especialmente cuando lo que se pretende es adentrarse en un problema de salud que demanda una intervención socio-sanitaria. Además recoge algunas de las principales revistas de psicología españolas (ej. Revista de Psicología General y Aplicada - RPGA-)
TESEO	Base de datos dependiente del Ministerio de Educación y Ciencia que recoge los resúmenes de las tesis doctorales leídas en las universidades españolas (http://www.mcu.es/TESEO/index.html). Cada registro presenta información sobre el autor y título de la tesis, la universidad, el tribunal, el director y la calificación obtenida, así como el curso académico y un resumen elaborado por el autor.

Aunque en todas estas bases de datos se realizó de forma inicial una búsqueda con un perfil específico mediante la utilización de términos como juego y adicción, juego patológico, ludopatía y juego problema, los resultados dejaban fuera trabajos interesantes, por lo que se propuso un perfil más amplio que nos asegurase ser lo más exhaustivos posible, utilizando únicamente el término "juego" y descartando de los resultados aquellos trabajos que no se ajustaban a nuestros intereses.

2.2. PUBLICACIONES PERIÓDICAS. REVISTAS

Las revistas científicas especializadas son consideradas como uno de los instrumentos más importantes en la difusión del conocimiento científico, al incluir los trabajos de investigación y las aportaciones teóricas realizadas por los diferentes grupos de profesionales que trabajan en el tema.

Las ventajas que ofrecen frente a otras publicaciones son múltiples, destacando especialmente la *inmediatez* –se informa a la comunidad científica al poco tiempo de obtener los datos–, la *universalidad* –la información puede llegar a cualquier investigador a través de las hemerotecas o las bases de datos que las recogen–, la *especialización* –se puede acudir a revistas especializadas en este tema– y la *rigurosidad* –los editores de las revistas consultan a personas de reconocido prestigio, que previamente analizan los trabajos y, en su caso, plantean las dudas y sugerencias que consideran convenientes antes de que se publiquen los datos–.

2.2.1. Publicaciones periódicas en castellano

Una vez revisadas y catalogadas todas las aportaciones obtenidas de la búsqueda de material, en las siguientes tablas mostramos las revistas españolas que incluyen un mayor número de aportaciones sobre juego patológico. En éstas hemos incluido una pequeña descripción de la revista en cuestión, la posibilidad de su acceso on line, las instituciones universitarias que las adquieren para sus hemerotecas y, finalmente, una referencia a los trabajos publicados al respecto.

ADICCIONES

(17 artículos entre 1992-2002)

Esta revista nació en 1989 como iniciativa de la sociedad científica SOCIDROGALCOHOL, con objeto de dotar a los socios de un órgano de expresión científica, así como para ofrecer un vehículo para la difusión de los trabajos de la comunidad científica española. Ofrece información continuada, así como un debate sobre diversas teorías, enfoques, planes, etc. en torno a la amplia problemática que generan las adicciones.

Web: Se pueden consultar sus índices desde el año 1998 (<http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/adicciones/>)

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; UNED; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de Castilla-La Mancha (Albacete, Cuenca y Toledo); U. de Córdoba; U. de Deusto Deustuko Unibersitatea; U. de Granada; U. de Huelva; U. de La Laguna; U. de las Palmas de Gran Canaria; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Salamanca; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Valladolid; U. de Zaragoza; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea; U. Pontificia Comillas de Madrid; U. Rey Juan Carlos; U. Autónoma de Barcelona; U. d'Alacant; U. de Barcelona; U. de Les Illes Balears; U. de Valencia; U. Rovira i Virgili.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- 1992. Vol. 4, Nº 4, pp. 359-362. Gual Solé, A., y Díaz, R. "Juego patológico: Otro tipo de adicción".
- 1995. Vol. 7, Nº 4, pp. 423-440. Becoña Iglesias, E., y Fuentes, M.J. "Juego patológico en Galicia evaluado por el South Oaks Gambling Screen".
- 1996. Vol. 8, Nº 2, pp. 193-202. González Ibáñez, A.; Vallejo Ruiloba, J.; Mercadé, P.V.; Jiménez Murcia, S., y Saldaña, C. "Juego patológico: modelo de estudio epidemiológico en población general".
- 1996. Vol. 8, Nº 3, pp. 331-347. Arbinaga Ibarzábal, F. "Juego patológico en estudiantes menores de 18 años: incidencia, uso de drogas y variables asociadas".
- 1997. Vol. 9, Nº 2, pp. 195-208. Villa, A.; Becoña Iglesias, E., y Vázquez González, F. "Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón".
- 1999. Vol. 11, nº 4, pp. 349-361. Echeburúa Odriozola, E., Fernández Montalvo, J. y Báez, C. "Avances en el tratamiento del juego patológico".
- 1999. Vol. 11, supl. 1, p. 16. Echeburúa Odriozola, E.; Fernández Montalvo, J., y Báez, C. "Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos".
- 2000. Vol. 12, Nº 4, pp. 493-505. Arbinaga Ibarzábal, F. "Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión".
- 2001. Vol. 13, Nº 4, pp. 407-413. Tejeiro Salguero, R. "Adicción a los videojuegos: una revisión".
- 2001. Vol. 13, supl. 1, p. 67. Becoña Iglesias, E.; Míguez Varela, M.C., y Vázquez González, F.L. "Consumo de tabaco y alcohol: ¿un potenciador del juego problema en niños?".
- 2001. Vol. 13, supl. 1, pp. 71-72. Camacho Ferrer, I.; Santos Diez, P.; Palau Muñoz, C.; Llinares Pellicer, M.C., y Albiach Catalá, C. "Jugadores patológicos: estadio de cambio, estado emocional y tipo de tratamiento".
- 2001. Vol. 13, supl. 1, pp. 74-75. Cano Vega, M.; Ruiz, T.; Soms, M., y Faixeda, T. "Prevalencia del juego patológico en pacientes alcohólicos en tratamiento".
- 2002. Vol. 14, Nº 2, pp. 15-16. Becoña Iglesias, E. "Adicciones: de viejos placeres a nuevos problemas".
- 2002. Vol. 14, Nº 2, pp. 92-93. Becoña Iglesias, E. "Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS".
- 2002. Vol. 14, Nº 2, pp. 94-95. Becoña Iglesias, E. "Evolución de las opiniones y creencias sobre el juego de azar en la población adulta a lo largo de 10 años: 1991-2001".
- 2002. Vol. 14, Nº 2, pp. 145-150. Llinares Pellicer, M.A.; Palau Muñoz, C.; Santos Diez, P.; Albiach Catalá, C., y Camacho Ferrer, I. "Estudio del estadio de cambio y estado emocional en jugadores patológicos".
- 2002. Vol. 14, Nº 3, pp. 303-312. Salinas Martínez de Lecea, J.M., y Roa Venegas, J.M. "Screening de la adicción al juego mediante Internet".

ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

(13 artículos entre 1991-2002)

Revista dirigida por D. Vicente Pelechano desde el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Laguna. Se editan 6 números al año.

Web: <http://www.promolibro.com/>

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; UNED; U. Autónoma de Madrid; U. Católica San Antonio de Murcia; U. Complutense de Madrid; U. de Almería; U. de Burgos; U. de Cádiz; U. de Cantabria; U. de Castilla-La Mancha (Albacete y Toledo); U. de Deusto Deustuko Unibersitate; U. de Granada; U. de Jaén; U. de La Laguna; U. de La Rioja; U. de León; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Navarra; U. de Oviedo; U. de Salamanca; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Valladolid; U. de Zaragoza; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Pontificia Comillas de Madrid; U. Rey Juan Carlos; U. Da Coruña; U. de Vigo; U. Autónoma de Barcelona; U. d'Alacant; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. de Lleida; U. de Valencia; U. Jaume I; U. Rovira i Virgili.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- 1991, Vol. 17, Nº 52, pp. 255-270. Arribas Sáiz, M. P. y Martínez Sánchez, J.J. "Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos".
- 1994, Vol. 20, Nº 73, pp. 617-643. Echeburúa Odriozola, E.; Báez, C., y Fernández Montalvo, J. "Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental".
- 1994, Vol. 20, Nº 74, pp. 769-785. Echeburúa Odriozola, E.; Báez, C.; Fernández Montalvo, J., y Páez Rovira, D. "Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): validación española".
- 1995, Vol. 21, Nº 75, pp. 5-22. Báez Gallo, C.; Echeburúa Odriozola, E., y Fernández Montalvo, J. "Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico".
- 1995, Vol. 21, Nº 75, pp. 125-145. Báez, C., y Echeburúa Odriozola, E. "Control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente".
- 1995, Vol. 21, Nº 76, pp. 211-223. Fernández Montalvo, J.; Echeburúa Odriozola, E., y Báez, C. "Cuestionario breve de juego patológico (CBJP): nuevo instrumento de screening".
- 1996, Vol. 22, Nº 84, pp. 481-500. Fernández, F.; Hand, I., y Friedrich, B. "Terapia de conducta y tratamiento no sintomático en un caso de juego patológico".
- 1996, Vol. 22, Nº 85, pp. 577-601. Arbinaga Ibarzábal, F. "Conductas de riesgo con apuestas y uso de drogas en una muestra de estudiantes de la ciudad de Huelva".
- 1999, Vol. 25, Nº 101, pp. 375-403. Echeburúa Odriozola, E.; Fernández Montalvo, J., y Báez, C. "Modelos de entendimiento del juego del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos".
- 1999, Vol. 25, Nº 99, pp. 51-80. Jiménez Rodríguez, J., y Fernández de Haro, E. "Estudio de algunas variables sociodemográficas relevantes en jugadores patológicos que acuden a tratamiento".
- 2000, Vol. 26, Nº 106, pp. 257-287. Arbinaga Ibarzábal, F.; Arbinaga Ibarzábal, A.M.; Albende Gil, M.J.; López Vivancos, P.L., y Sánchez Correa, C. "Juego de apuesta y juego patológico en Punta Umbria (Huelva): prevalencia y características".
- 2002, Vol. 28, Nº 117, pp. 71-107. Amor Andrés, P.J., y Echeburúa Odriozola, E. "Tratamiento psicológico de la dependencia a máquinas tragaperras: estudio de un caso con complicaciones judiciales".
- 2002, Vol. 28, Nº 118, pp. 213-233. Rubio, G.; Fernández Alba Luengo, A.; Labrador Encinas, F.J.; Salgado, A., y Ruiz, B. "Evaluación de la activación durante el juego en máquinas recreativas con premio: análisis comparativo de una muestra de jugadores patológicos y una muestra normal".

PSICOLOGÍA CONDUCTUAL

(13 artículos entre 1993-2001)

Publicada por la Fundación para el Avance de la Psicología Clínica Conductual desde 1993 tienen una difusión internacional y publica artículos sobre psicología clínica con una orientación conductual o cognitivo-conductual. Ya en su año de fundación dedicó un monográfico al juego patológico.

Web: <http://www.psicologiaconductual.com/>

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de Almería; U. de Cantabria; U. de Castilla-La Mancha (Cuenca); U. de Granada; U. de La Rioja; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Oviedo; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Valladolid; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Rey Juan Carlos; U. d'Alacant; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. de Valencia; U. Jaume I.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- Monográfico: 1993, Vol. 1, Nº 3
 - pp. 321-337. Echeburúa Odriozola, E. "Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el crack al juego patológico?"
 - pp. 339-349. Dickelson, M.G. "Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico".
 - pp. 351-359. Fisher, S. "El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y el juego patológico en adolescentes: el Reino Unido como un caso de estudio".
 - pp. 361-374. Ladouceur, R. "Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero".
 - pp. 375-388. Brown, R.F. "El papel de la activación, distorsiones cognitivas y búsqueda de sensaciones en las adicciones al juego".
 - pp. 389-407. Lesieur, H.R. "Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores en los Estados Unidos".
 - pp. 409-440. Blaszczynski, A. "Juego patológico: una revisión de los tratamientos".
 - pp. 441-454. McCormick, R.A. "La selección de tratamientos para los jugadores patológicos basados en factores clínicamente significativos".
 - pp. 455-468. Becoña Iglesias, E.; Fuentes, M.J., y Lorenzo, M.C. "Guía bibliográfica sobre el juego patológico".
- 1996, Vol. 4, Nº 2, pp. 253-262. Sevilla, J., y Pastor Cordero, C. "Un caso complejo de juego patológico".
- 1998, Vol. 6, Nº 1, pp. 157-164. Navarro, J.F., y Pedraza, C. "Juego patológico: aspectos biológicos".
- 1999, Vol. 7, Nº 3, pp. 349-360. Fernández Montalvo, J.; Echeburúa Odriozola, E., y Báez, C. "Variables de inteligencia y de personalidad en los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo".
- 2001, Vol. 9, Nº 3, pp. 527-539. Fernández Montalvo, J., y Echeburúa Odriozola, E. "Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica".

ANUARIO DE PSICOLOGÍA

(10 artículos entre 1999)

Revista de psicología general, editada por la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Aborda resultados de investigaciones en temas actuales de todas las áreas de la psicología y sus distintos ámbitos de aplicación. Alternativamente publica números misceláneos que cubren un amplio espectro de asuntos y números monográficos dedicados a un tema de actualidad.

Web: Se pueden realizar búsquedas del material por índices y monográficos. De algunos números permite un acceso al texto completo (<http://www.ub.es/psicolog/anuari/anuari2.html>).

Localización: Biblioteca de Catalunya; Consejo Superior de Investigaciones Científicas; UNED; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de Almería; U. de Burgos; U. de Cantabria; U. de Castilla-La Mancha (Cuenca y Toledo); U. de Deusto; U. de Huelva; U. de Jaén; U. de La Laguna; U. de La Rioja; U. de León; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Navarra; U. de Oviedo; U. de Salamanca; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Valladolid; U. de Zaragoza; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Pablo Olavide; U. Pontificia Comillas de Madrid; U. Da Coruña; U. de Vigo; U. Autònoma de Barcelona; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. de Lleida; U. de Valencia; U. de Vic; U. Jaume I; U. Pompeu Fabra; U. Rovira i Virgili.

Artículos publicados sobre juego patológico:

• Monográfico: 1999, Vol. 30, Nº 4

- pp. 111-125. González Ibáñez, A.; Jiménez, S., y Aymamí, M.N. "Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio".
- pp. 127-135. Ladouceur, R., y Sylvain, C. "Tratamiento del juego patológico: un estudio controlado".
- pp. 137-146. Turón Gil, V.J., y Crespo, J.M. "Tratamiento farmacológico del juego patológico".
- pp. 21-31. Aymamí, M.N.; González Ibáñez, A., y Jiménez, S. "Epidemiología del juego patológico en un programa de tratamiento profesional".
- pp. 33-46. Volberg, R.A. "Research methods in the epidemiology of pathological gambling: Development of the field and directions for the future".
- pp. 47-65. Sáiz, J., e Ibáñez, A. "Las bases neurobiológicas del juego patológico".
- pp. 67-78. Jiménez, S.; González Ibáñez, A., y Aymamí, M.N. "Variables psicológicas y psicopatológicas en el juego patológico".
- pp. 7-19. Becoña Iglesias, E. "Epidemiología del juego patológico en España".
- pp. 79-92. Brown, I. "Arousal, disociación y cognición en el juego normal y problemático".
- pp. 93-109. Blaszczynski, A. "Pathological gambling: an impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder?"

PROYECTO

(9 artículos entre 1992-2003)

Revista publicada desde 1991, con carácter divulgativo.

Web: <http://www.binaria.com/proyectoohombre/q.html>

Localización: U. Autónoma de Madrid; U. Carlos III; U. Católica San Antonio de Murcia; U. Complutense de Madrid; U. de Burgos; U. de Castilla-La Mancha (Cuenca); U. de Deusto Deustuko Unibersitatea; U. de Huelva; U. de las Palmas de Gran Canaria; U. de Salamanca; U. de Sevilla; U. de Zaragoza; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea; U. Pablo Olavide; U. Pontificia Comillas de Madrid; U. Da Coruña; U. Autònoma de Barcelona; U. d'Alacant; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. Jaume I; U. Rovira i Virgili.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- 1992, Vol. 3, Dossier 4, pp. 37-48. Morales Suarez Varela, M.M. "Juego patológico: la ludopatía. Esclavos del juego, enfermos de azar, la pasión por el juego, el escalofrío del riesgo".
- 2000, Vol. 35, pp. 44-48. Fernández, A.; Feliz, A.; Gila, J.; González, G.; Fernández, G., y Lorden, L. "Modelo de intervención en ludopatías".
- Monográfico: 2002, Vol. 44.
 - pp. 13-16. Echeburúa Odriozola, E., y Fernández Montalvo, J. "Juego patológico y adicciones sin drogas: tratamiento".
 - pp. 54-56. Tejeiro Salguero, R. "Revisión crítica de las investigaciones sobre los aspectos negativos asociados al uso de videojuegos".
 - pp. 57-59. Calvo, A. "Aportaciones de la investigación: efectos y aplicaciones de los videojuegos".
 - pp. 60-62. Rodríguez San Julián, E. "Entre los jóvenes y el discurso: Jóvenes y videojuegos en 2000".
 - pp. 63-66. Soriano González, L. "Juego patológico, adolescentes y su regulación".
 - pp. 67-68. Fernández González, A. "Juego patológico: un modelo de adicción con posibilidad de tratamiento en Proyecto Hombre".
- 2003, Vol. 46, Dossier 45, pp. 27-38. Navarro, J. "Adolescente, drogas y juego: factores de riesgo y protección".

CLÍNICA Y SALUD

(6 artículos entre 1991-2003)

Revista vinculada al Colegio Oficial de Psicólogos relacionada con la práctica clínica y el proceso de atención a la salud-enfermedad en sus distintos niveles asistenciales (primario, secundario y terciario).

Web: <http://www.copmadrid.org/publicaciones/clinica/marcos.htm>

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; UNED; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de Cantabria; U. de Castilla-La Mancha (Ciudad Real y Toledo); U. de Granada; U. de León; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Oviedo; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Rey Juan Carlos; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Valencia.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- 1991, Vol. 2, Nº 2, pp. 179-195. Aranda Romero, J.A.; Díaz Navarro, C.; García Martínez, J.L. et al. "Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico".
- 1994, Vol. 5, Nº 3, pp. 251-259. Echeburúa Odriozola, E., y Corral Gargallo, P. "Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora".
- 1994, Vol. 5, Nº 3, pp. 289-305. Báez, C.; Echeburúa Odriozola, E., y Fernández Montalvo, J. "Características demográficas de personalidad y psicopatología de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo".
- 1996, Vol. 7, Nº 2, pp. 123-135. Báez Gallo, C.; Borda Más, M.; Salaberria Irizar, K., y Echeburúa Odriozola, E. "El juego patológico: un análisis bibliométrico a partir del Psychological Abstracts (1974-1994)".
- 2000, Vol. 11, Nº 1, pp. 5-14. Fernández Montalvo, J.; Báez Gallo, C., y Echeburúa Odriozola, E. "Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras".
- 2003, Vol. 14, Nº 1, pp. 43-65. Villoria López, C. "El juego patológico en los universitarios de la Comunidad de Madrid".

ANALES DE PSIQUIATRÍA

(5 artículos entre 1990-1999)

Una de las revistas más prestigiosas de psiquiatría, que publica 10 números anuales.

Web: <http://www.grupoaran.com/WEB/ediciones/revistas/002.asp?IR=26&fechaPublicacion=20/05/2004&MS=true&IESP=16>

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de Alcalá de Henares; U. de Almería; U. de Cádiz; U. de Castilla-La Mancha (Cuenca); U. de Granada; U. de Huelva; U. de León; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Navarra; U. de Salamanca; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Valladolid; U. de Zaragoza; U. Autónoma de Barcelona; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Valencia; U. Rovira i Virgili.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- 1990, Vol. 6, N° supl. 1, pp. 58-58. Turón Gil, V.J.; Salgado Serrano, P., y González Ibáñez, M.A. "Tratamiento farmacológico de la adicción al juego".
- 1990, Vol. 6, N° supl. 2, pp. 38-38. Turón Gil, V.J.; Salgado Serrano, P.; González Ibáñez, M.A., y Vicente, R. "Naltrexona en el tratamiento del juego patológico".
- 1995, Vol. 11, N° 2, pp. 35-67. Moreno Oliver, I.; Sáiz Ruiz, J.; López Ibor Aliño, J.J., y Sánchez Nieves, G. "Ludopatía: ¿trastorno del ánimo?".
- 1997, Vol. 13, N° 10, pp. 439-443. Morcillo, L.; Alcantara, A., y Barciá, D. "Piromanía, ludopatía y cleptomanía en un mismo paciente".
- 1999, Vol. 15, N° 9, pp. 394-397. Bartolomé Alberca, S.; Pelaz López, S.; Ríos Díaz, M.; Carmona Méndez, A., y Gutiérrez Casares, J.R. "Juego patológico: a propósito de un caso".

PSICOTHEMA

(5 artículos entre 1992-2002)

Revista con proyección internacional fundada en 1989 y editada conjuntamente por la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias, que admite trabajos tanto de investigación básica como aplicada, pertenecientes a cualquier ámbito de la psicología.

Web: Se pueden consultar los sumarios de los artículos publicados, así como realizar búsquedas introduciendo algún término de interés (<http://www.psicothema.com/>).

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; UNED; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de Alcalá de Henares; U. de Almería; U. de Cádiz; U. de Cantabria; U. de Castilla-La Mancha (Albacete, Cuenca y Toledo); U. de Deusto Deustuko Unibersitatea; U. de Granada; U. de Huelva; U. de Jaén; U. de La Laguna; U. de La Rioja; U. de las Palmas de Gran Canaria; U. de León; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Oviedo; U. de Salamanca; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Zaragoza; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Pontificia Comillas de Madrid; U. Da Coruña; U. de Vigo; U. Autònoma de Barcelona; U. d'Alacant; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. de Lleida; U. de Valencia; U. Jaume I.

Artículos publicados sobre Juego Patológico:

- 1992, Vol. 4, Nº 1, pp. 7-20. Echeburúa Odriozola, E. "Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico".
- 1996, Vol. 8, Nº 1, pp. 13-23. Becoña Iglesias, E., y Gestal, C. "El juego patológico en niños del 2º ciclo de E.G.B.".
- 2000, Vol. 12, Nº 4, pp. 654-660. Fernández Alba Luengo, A.; Labrador Encinas, F.J.; Rubio Herranz, G.; Ruiz González, B.; Fernández Sastrón, O., y García Mendoza, M. "Análisis de las verbalizaciones de jugadores patológicos mientras juegan en máquinas recreativas con premio: estudio descriptivo".
- 2001, Vol. 13, Nº 4, pp. 551-556. Becoña Iglesias, E.; Míguez Varela, M.C., y Vázquez González, F.L. "El juego problema en los estudiantes de Enseñanza Secundaria".
- 2002, Vol. 14, Nº 3, pp. 551-557. Labrador Encinas, F.J.; Fernández Alba Luengo, A., y Mañoso Alfaro, V. "Relación entre la reducción de las distorsiones cognitivas referidas al azar y la consecución de éxito terapéutico en jugadores patológicos".

REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS

(5 artículos entre 1989-2000)

Fundada en 1976 por el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías del Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia), bajo el nombre de Boletín de Alcoholismo y Toxicomanías (número único), al que le siguió el de Drogalcohol. En 1987 se constituye la Asociación Científica Drogalcohol, que será a partir de ese momento (vol. 12) quien edita la revista bajo el nombre actual. Recientemente, esta asociación ha pasado a denominarse Asociación Española de Estudio en Drogodependencias (A.E.S.E.D.) El objetivo de la revista es publicar trabajos originales relacionados con el alcoholismo y demás dependencias, desde el punto de vista de la prevención, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, epidemiología, etiopatogenia, historia, formación e investigación.

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; UNED; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de Alcalá de Henares; U. de Burgos; U. de Cádiz; U. de Cantabria; U. de Deusto Deustuko Unibersitatea; U. de Granada; U. de Huelva; U. de La Laguna; U. de La Rioja; U. de las Palmas de Gran Canaria; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Navarra; U. de Oviedo; U. de Salamanca; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Valladolid; U. de Zaragoza; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Pablo Olavide; U. Pontificia Comillas de Madrid; U. Rey Juan Carlos; U. Da Coruña; U. Autònoma de Barcelona; U. d'Alacant; U. de Barcelona; U. de Les Illes Balears; U. de Lleida; U. de Valencia; U. Pompeu Fabra; U. Rovira i Virgili.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- 1989, Vol. 14, Nº 4, pp. 265-275. Rodríguez Martos Dauer, A. "Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre pacientes alcohólicos que acuden al programa DROSS".
- 1991, Vol. 16, Nº 4, pp. 295-304. Tomás Benlloch, M.C.; Robert Flors, C.; Ridaura Masia, M.A.; Senent Peris, E., y Botella Arbona, C. "Importancia de la evaluación en el tratamiento del juego patológico".
- 1996, Vol. 21, Nº 2, pp. 139-147. Mayor Martínez, L.; Cortés Tomás, M.T., y Cano Pérez, L. "Observaciones sobre la adicción al alcohol y el juego patológico: ¿procesos análogos? ¿enfoques diversos?".
- 1998, Vol. 23, Nº 1, pp. 53-74. Tejeiro Salguero, R. "El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas".
- 2000, Vol. 25, Nº 3, pp. 301-320. Arbinaga Ibarzabal, F. "Consumo de drogas y juego patológico en Punta Umbría (Huelva)".

INFORMACIÓN PSICOLÓGICA

(5 artículos entre 1999-2001)

Revista cuatrimestral editada por el Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano, que publica trabajos originales así como de crítica de artículos, revistas y libros, relacionados con la psicología en todos sus aspectos y áreas de intervención profesionales.

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; U. Autónoma de Madrid; U. Complutense de Madrid; U. de La Laguna; U. de Málaga; U. de Murcia; U. de Salamanca; U. Autònoma de Barcelona; U. d'Alacant; U. de Valencia; U. Jaume I.

Artículos publicados sobre juego patológico:

- 1991, Vol. 47, pp. 27-37. Robert Flors, C.; Tomas Benlloch, M.C.; Ridaura Masia, M.A. et al. "El tratamiento del juego patológico".
- 1999, Vol. 70, pp. 4-8. Sánchez Hervás, E. "Alcoholismo y juego patológico".
- 1999, Vol. 70, pp. 17-21. Sevilla, J., y Pastor Cordero, C. "Juego patológico: una propuesta de intervención".

De entre todos los autores que han publicado sus trabajos sobre juego patológico en revistas españolas podemos destacar por su productividad: (a) al equipo formado por Enrique Echeburúa Odriozola (U. del País Vasco), Concepción Báez Gallo (U. del País Vasco) y Javier Fernández Montalvo (U. Pública de Navarra), que desde 1994 han publicado un total de 18 artículos relacionados con diferentes cuestiones, como su prevención, tratamiento, abandono terapéutico, validación de cuestionarios específicos...; (b) a Elisardo Becoña Iglesias (U. Santiago de Compostela), que ha publicado fundamentalmente sobre la epidemiología del juego patológico en España, además de prestar especial interés a la cuestión del juego problema en la población infantil escolarizada; (c) a M^a Ángeles González Ibáñez (Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, Barcelona), que además de publicar uno de los primeros manuales sobre esta problemática en 1989 (consultar apartado de libros), sus publicaciones en revistas españolas se centran en diversas cuestiones, como epidemiología, su tratamiento farmacológico y las variables psicológicas implicadas, (d) y a Félix Arbinaga Ibarzábal (Centro de Psicología Clínica. Huelva), que ha publicado diferentes artículos relacionados con la incidencia del juego patológico en estudiantes menores de 18 años en el área de Punta Umbría (Huelva).

2.2.2. Publicaciones periódicas extranjeras

La búsqueda bibliográfica en la base de datos PsycInfo –perfil de búsqueda: ((IMPULSE CONTROL DISORDERS) or (BEHAVIOR DISORDERS) or (PATHOLOGIC*)) and GAMBL*. Total: 548 artículos–, nos ha permitido conocer cuáles son las revistas no españolas que han publicado una mayor cantidad de artículos sobre juego patológico en los últimos cinco años (1999-2004). Con esta información queremos resaltar la importancia de algunas de ellas en la consulta sobre este tópico, por lo que adjuntamos información sobre cómo acceder o bien a sus índices a través de Internet o bien a sus contenidos a través de las bibliotecas de las universidades españolas.

JOURNAL OF GAMBLING STUDIES

(98 artículos - 17,8%-)

Esta revista se configura como un foro interdisciplinar para la disseminación de la información relacionada con diferentes aspectos de la conducta de juego, tanto normal como patológico, así como sobre una gran variedad de problemas relacionados como consecuencia de ella, como el alcoholismo, el suicidio, el crimen y los problemas mentales. Los artículos que se publican en esta revista representan puntos de vista relacionados con la psiquiatría, psicología, sociología, política, criminología y trabajo social.

Web: Se pueden consultar todos sus índices desde 1997 (<http://www.kluweronline.com/issn/1050-5350/current>).

Localización: U. Carlos III; U. Complutense de Madrid; U. de Granada; U. de Málaga; U. de Sevilla; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Pablo Olavide; U. Politécnica de Cartagena; U. Autònoma de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. de Lleida; U. Politécnica de Catalunya; U. Pompeu Fabra; U. Rovira i Virgili.

Temática Tratada: 24 artículos tratan sobre epidemiología y descripción de poblaciones (nacionales, jóvenes, aborígenes, población china), así como tipos de juego (casino, lotería, máquinas de premio...). Otros 14 artículos tratan sobre factores de inicio y mantenimiento del juego patológico, ya sean familiares, psicológicos o genéticos-biológicos. 12 estudian la eficacia de diferentes tratamientos, ya sean psicológicos o farmacológicos. Con una frecuencia de 11 artículos cada uno, se tratan diferentes cuestiones relacionadas con la evaluación de la ludopatía, así como con su perspectiva política y su tratamiento en el sistema de salud pública. 10 artículos tratan la cuestión de la comorbilidad de la ludopatía con otros trastornos tanto adictivos como de conducta desadaptativa. Con una menor frecuencia se tratan cuestiones relacionadas con programas de prevención (n=6), consecuencias familiares y sociales (n=5) y discusión de diferentes teorías y modelos explicativos de la ludopatía (n=5).

ADDICTION

(22 artículos - 4%-)

Fundada en 1884, esta revista publica trabajos de diferentes disciplinas sobre alcohol, drogas ilegales y tabaco. Incluye trabajos originales de investigación, editoriales, comentarios, revisiones, artículos históricos, entrevistas, cartas, noticias y una sección de revisión de libros.

Web: (<http://www.addictionjournal.org/>) Se puede acceder al índice de todos los artículos publicados desde 1995 en: <http://www.blackwell-synergy.com/servlet/useragent?func=showIssues&code=add>

Localización: UNED; U. Carlos III; U. de Cantabria; U. de Deusto Deustuko Unibersitatea; U. de Granada; U. de Huelva; U. de Jaén; U. de Málaga; U. de Navarra; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. de Zaragoza; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Pablo Olavide; U. Pontificia Comillas de Madrid; U. Autònoma de Barcelona; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. de Les Illes Balears; U. de Lleida; U. de Valencia; U. de Vic; U. Jaume I; U. Politécnica de Catalunya; U. Pompeu Fabra; U. Pompeu Fabra; U. Rovira i Virgili.

CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

(16 artículos - 3%-)

Publica artículos en inglés y francés sobre los desarrollos actuales de la investigación en el área de la psiquiatría en Canadá. Incluye artículos de investigación original, revisiones y debates académicos en las secciones de cartas y revisión.

Web: (<http://www.cpa-apc.org/Publications/cjpHome.asp>). Se puede acceder al índice de todos los artículos publicados desde 1996 e incluso al texto completo de alguno de ellos en:

<http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Archives.asp>

Localización: U. Autónoma de Madrid; U. Carlos III; U. de Zaragoza; U. de Les Illes Balears.

ADDICTIVE BEHAVIORS

(15 artículos - 2,73%-)

Especialmente enfocada a la publicación de artículos empíricos e interdisciplinares (psicología, psiquiatría, epidemiología, medicina, farmacología y neurociencia) sobre la etiología, prevención y/o tratamiento del abuso del alcohol y de la nicotina. De forma adicional incluye estudios sobre las relaciones funcionales entre el uso de sustancias y su combinación con factores sociales, emocionales, cognitivos, ambientales y actitudinales.

Web: Se pueden realizar diversas consultas por autores, tópicos e índices.

(<http://authors.elsevier.com/JournalDetail.html?PubID=471&Precis=DESC>).

Localización: UNED; U. Carlos III; U. de Alcalá de Henares; U. de Deusto Deustuko Unibersitatea; U. de Granada; U. de La Laguna; U. de Málaga; U. de Navarra; U. de Santiago de Compostela; U. de Sevilla; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Politécnica de Cartagena; U. Da Coruña; U. Autònoma de Barcelona; U. d'Alacant; U. de Barcelona; U. de Girona; U. de Les Illes Balears; U. de Lleida; U. de Vic; U. Politècnica de Catalunya; U. Pompeu Fabra; U. Rovira i Virgili.

PSYCHOLOGY OF ADDICTIVE BEHAVIORS

(15 artículos - 2,73%-)

Publica artículos originales, revisiones, ensayos y comentarios sobre los aspectos psicológicos de las conductas adictivas: alcohol y alcoholismo; uso y abuso de drogas; desórdenes de alimentación; tabaco y adicción a la nicotina, y otras conductas compulsivas (ej. juego patológico).

Web: Se puede acceder al índice de los artículos publicados en los años 2003 y 2004.

(<http://www.apa.org/journals/adb.html>).

Localización: U. de Castilla-La Mancha (Albacete); U. de Granada; U. de Jaén; U. de Sevilla.

JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY

(13 artículos - 2,73%-)

Revista que publica artículos sobre psiquiatría clínica desde hace 60 años.

Web: <http://www.psychiatrist.com/>

Localización: UNED; U. Complutense de Madrid; U. de Cádiz; U. de La Laguna; U. de Oviedo; U. de Santiago de Compostela; U. de Valladolid; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. Autònoma de Barcelona; U. de Barcelona; U. de Valencia; U. Rovira i Virgili.

ADDICTION RESEARCH AND THEORY

(9 artículos - 1,64%-)

Revista interdisciplinar (antropología, economía, sociología psicología social, historia económica y social...) que examina las relaciones entre el uso y el abuso de sustancias y su contexto, y de la naturaleza de las intoxicaciones. Su propósito consiste en dotar de un cuerpo de teoría e investigación sobre la naturaleza de las conductas adictivas desde el punto de vista del contexto social en el que se dan, así como su manifestación a través de los mecanismos biológicos y farmacológicos. Además incluye otras adicciones sin agentes psicoactivos, como el juego patológico, la conducta sexual o los desórdenes alimentarios.

Web: <http://www.tandf.co.uk/journals/titles/16066359.asp>

Localización: U. Carlos III; U. de Les Illes Balears.

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

(9 artículos - 1,64%-)

Los artículos que publica se centran en el desarrollo en psiquiatría biológica, así como sobre los aspectos éticos, económicos y sociales relacionados con el tratamiento y la psiquiatría forense.

Web: Permite la búsqueda de artículos por índices (desde 1965), por tópicos, por secciones de la publicación, por autores y por palabras clave (<http://ajp.psychiatryonline.org/>)

Localización: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; U. Complutense de Madrid; U. de Alcalá de Henares; U. de Cádiz; U. de Jaén; U. de Oviedo; U. de Salamanca; U. de Sevilla; U. de Valladolid; U. de Les Illes Balears; U. de Valencia.

SUBSTANCE USE AND MISSUE

(9 artículos - 1,64%-)

Durante 30 años, esta revista, cuyo nombre formal es "The International Journal of the Addictions", ofrece un entorno internacional y multidisciplinar para el intercambio de hechos, teorías y puntos de vista sobre el uso, abuso y dependencia a diferentes sustancias (drogas legales e ilegales, alcohol, nicotina y cafeína), así como a los desórdenes alimentarios y el juego patológico.

Web: Permite una consulta de índices on-line (<http://www.dekker.com/servlet/product/productid/JA/toc>).

Localización: U. Autónoma de Madrid; U. de Santiago de Compostela; U. de Santiago de Compostela; U. del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko; U. de Les Illes Balears.

2.3. LIBROS Y CAPÍTULOS DE LIBRO

Los libros y manuales, aunque no suelen reflejar los resultados más inmediatos, novedosos, ni presentan al detalle las investigaciones especializadas, sí que permiten adquirir un panorama conceptual amplio e integrador sobre un tema, ofreciendo al mismo tiempo referencias a otros muchos materiales de consulta, revisiones de trabajos y marcos teóricos debidamente documentados.

De ahí que consideremos importante reflexionar sobre los principales manuales y capítulos de libro que tratan contenidos sobre juego patológico. Entre estos manuales se incluyen las actas de algunos congresos que se consideran especialmente relevantes por representar el interés más inmediato de los profesionales del área.

Otro medio para localizar manuales o libros que traten tanto de forma específica el juego patológico como las adicciones en general y que dediquen algún capítulo a esta temática, es la consulta de la revista "Salud y Drogas", editada por el INID (Instituto de Investigación de Drogodependencias), que en todos sus números ofrece un apartado de "Recensiones de libros". Ejemplo de ello sería la referencia a:

- Giner, F., y Cervera, G. (coords.) (2001). *Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y Tratamientos Psicobiológicos*. Valencia: Consejería de Bienestar Social.

Contiene un capítulo específico que trata la clínica y la patología del juego patológico.

- Fernández Miranda, J.J.; Gutiérrez Cienfuegos, E., y Marina González, P. A. (2002). *Actuaciones Clínicas en Trastornos Adictivos*. Madrid: Aula Médica.

Incluye un capítulo sobre el tratamiento del juego patológico y su relación con otras adicciones, en especial con el alcoholismo.

TABLA 2
Manuales sobre juego patológico

Referencia	EP/AS ¹	P/FP	EV/D/IN	EC	OA
González, A. (1989). <i>Juego patológico: una nueva adicción</i> . Madrid: Tibidabo					
González, A. (1992). <i>Joc patològic: Una nova addicció model de tractament psicològic i de prevenció en els jocs d'atzar</i> . Barcelona: Tibidabo.	X	X	X		
Bombín Mínguez, B. (1992). <i>Juego de azar: patología y testimonio</i> . Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.	X	X	X	X	X
VV.AA. (1992). <i>Cuaderno de ponencias. Congreso Nacional de Asociaciones y Técnicos para el Tratamiento y Rehabilitación de la Ludopatía</i> .		X	X		
Becoña Iglesias, E. (1993). <i>Juego compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega</i> . Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saude.	X				
Varo Prieto, J.R. (1993). <i>Juego patológico: psicopatología y clínica</i> . Pamplona: Centro de Salud Mental de Ermitagana.		X	X		X
Ochoa, E.; Labrador, F.J.; Echeburúa, E.; Becoña, E., y Vallejo, M.A. (1994). <i>El juego patológico</i> . Barcelona: Plaza & Janés.	X	X	X		X
Becoña Iglesias, E., y Ochoa Mangado, E. (1996). <i>Ludopatía</i> . Madrid: Santillana.	X	X			
Federación Andaluza de Jugadores de Azar en Rehabilitación (1996). <i>Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía</i> . Sevilla: Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales.	X		X		
Fernández Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1996). <i>Manual práctico del juego patológico</i> . Madrid: Pirámide.	X	X	X		
Blanco Medina, D. (1998). <i>Programa para la prevención del juego patológico</i> . Sevilla: Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados.		X			
Secades Villa, R., y Villa Canal, A. (1998). <i>Juego patológico: prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia</i> . Madrid: Pirámide.		X	X		
Fernández Montalvo, J., y Echeburúa Odriozola, E. (2000). <i>Manual práctico del juego patológico: ayuda para el paciente y guía para el terapeuta</i> . Madrid: Pirámide.			X		
Gándara Martín, J.J.; De la Fuertes Rocañín, J.C., y A. Álvarez Monteserín, M.T. (2000). <i>Juego patológico: ¿una adicción como otra cualquiera?</i> Madrid: Agencia Antidroga.		X	X		
ASAJER (2001). <i>Estudio sobre la prevalencia de la adicción al juego en Álava</i> . Vitoria: Diputación Foral.	X				
Becoña Iglesias, E.; Vázquez González, F.L., y Míguez Varela, M.C. (2001). <i>Juego problema en los niños de Galicia</i> . Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica Legal y Forense.	X	X			
Fernández Alba Luengo, A., y Labrador Encinas, F.J. (2001). <i>Juego patológico en la Comunidad de Madrid. Análisis de las distorsiones cognitivas referidas al azar y su modificación tras diferentes tipos de tratamientos psicológicos. Propuesta de un programa de intervención</i> . Madrid: Consejo Económico y Social.		X	X		
Ibáñez Cuadrado, A.; y Sáiz Ruiz, J. (2001). <i>Ludopatía: una "nueva" enfermedad</i> . Barcelona: Masson.	X		X		
Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (2002). <i>Estudio sobre las características de los ludópatas adscritos a programas de tratamiento en Álava</i> .	X	X	X		
Fernández Alba Luengo, A., y Labrador Encinas, F.J. (2002). <i>Juego patológico</i> . Madrid: Síntesis.	X	X	X		
Garrido, M., y Jaén, P. (2004). <i>Ludopatía y relaciones familiares: clínica y tratamiento</i> . Barcelona: Paidós Ibérica.	X	X	X		

¹ Principales contenidos Incluidos: EP/AS: Epidemiología, Análisis de la Situación; P/FP: Prevención, Factores Predisponentes; EV/D/IN: Evaluación, Diagnóstico, Intervención; EC: Estudio de Casos; OA: Relación con otras Adicciones.

TABLA 3
Capítulos de libro sobre juego patológico

Referencia	EP/AS ²	P/FP	EV/D/IN	EC	OA
González Iglesias, J., y Díaz Navarro, C. (1990). Evaluación y tratamiento del juego patológico. En: A. García León. (Comp.), <i>Perspectivas actuales en psicología clínica</i> (pp. 58-63). Jaén: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC).			X		
Echeburúa Odriozola, E. (1994). <i>Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos</i> . Madrid: Fundación Universidad-Empresa.			X		
Echeburúa Odriozola, E., y Báez Gallo, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En: J.L. Graña Gómez (Ed.), <i>Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento</i> (pp. 521-556). Madrid: Debate.	X	X			
Echeburúa Odriozola, E., y Báez Gallo, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En: J.L. Graña Gómez (Ed.), <i>Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento</i> (pp. 557-589). Madrid: Debate.			X		
Labrador Encinas, F., y Javier Becoña Iglesias, E. (1994). Juego patológico: Aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En: J.L. Graña Gómez (Ed.), <i>Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento</i> (pp. 495-520). Madrid: Debate.	X	X			
Politzer, R.M., y Hudak, C.J. (1994). Trastornos del juego. En: M.F. Fleming y K.L. Barry, <i>Guía clínica de los trastornos adictivos</i> (pp. 435-450). Madrid: Mosby/Doyma.	X	X			
Echeburúa Odriozola, E., y Salaberria Irizar, K. (1995). Evaluación de las adicciones legales: alcoholismo y juego patológico. En: A. Roa Alvaro (Ed.), <i>Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud</i> (pp. 299-343). Madrid: CEPE.	X		X		
Marazuela Zapata, C. (1995). Pareja y juego patológico. En: J.M. Galdeano Aramendía (Coord.), <i>La vida de la pareja, evolución y problemática actual</i> (pp. 293-306). Salamanca: San Esteban.	X				
Becoña Iglesias, E. (1996). Tratamiento del juego patológico. En: J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), <i>Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades</i> (pp. 249-278). Madrid: Pirámide.	X		X		
Galán, J.A. (1996). Juego patológico. En: C. Eseverri, J.A. Diego, A.C. Terán, Tovar, J.A. Galán, A.I. Arredondo y C. Couceiro (eds.), <i>Educación para la salud: drogodependencias</i> (pp. 145-177). Madrid: CCS.		X	X		
Garrido Fernández, M., y Fernández-Santos Ortiz, I. (1996). Ludopatía y colusión en la pareja. Análisis de un caso desde los modelos dinámicos y sintéticos en psicoterapia. En: A. Espina y B. Pumar (Eds.), <i>Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación</i> (pp. 239-269). Madrid: Fundamentos.			X	X	
González, A.; Pérez, C.; Rojas, A.J.; Padilla, J.L., y Sánchez, E. (1997). La EMJD una nueva escala para evaluar dependencia a los juegos de azar. En: D.E. Gómez Fernández y X.L. Saburido Novoa (Eds.), <i>Salud y prevención, nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica</i> (pp. 699-711). Santiago de Compostela: Universidade, Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.		X			
Echeburúa Odriozola, E. (1999). <i>Adicciones sin drogas: las nuevas adicciones. Juego, sexo, comida, compras, trabajo e Internet</i> . Bilbao: Desclee de Brouwer.			X		
Gándara Martín, J.; Sanz Granado, O., y Fuentes Rocañín, J.C. (1999). <i>Adicciones sin drogas: ¿hábitos o enfermedades?</i> Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Agencia Antidroga.		X	X		
Echeburúa Odriozola, E.; Amor Andrés, P.J., y Fernández Montalvo, J. (2000). Las recaídas en el juego patológico: identificación y prevención. En: M. Lameiras Fernández y J.M. Failde Garrido (Comp.), <i>La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI: posibilidades y retos</i> (pp. 135-154). Madrid: Dykinson.		X	X		



Referencia	EP/AS ²	P/FP	EV/D/IN	EC	OA
Navarro, J.F., y Pedraza, C. (2000). Correlatos biológicos del juego patológico. En: J.F. Navarro (Coord.), <i>Bases biológicas de las psicopatologías</i> (pp. 299-307). Madrid: Pirámide.	X	X			
Becoña Iglesias, E. (2001). Tratamiento psicológico de las conductas adictivas. En: J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (Eds.), <i>Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo</i> (pp. 423-462). Madrid: Dykinson.			X		
Bombín Mínguez, B., y Bombín Mínguez, C. (2001). Patología y clínica del juego de azar. En: G. Cervera y F. Giner (Coords.), <i>Trastornos adictivos. Drogodependencias: clínica y tratamientos</i> (pp. 597-669). Valencia: Generalitat.			X		
Navarro Botella, J. (2003). <i>Jóvenes andaluces ante las drogas 2002: prevalencia del consumo de drogas y el juego en los jóvenes andaluces</i> (Tomo 1). Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales.	X				

² Principales contenidos Incluidos: EP/AS: Epidemiología, Análisis de la Situación; P/FP: Prevención, Factores Predisponentes; EV/D/IN: Evaluación, Diagnóstico, Intervención; EC: Estudio de Casos; OA: Relación con otras Adicciones.

2.4. ACTAS DE CONGRESOS - PONENCIAS

Un aspecto no considerado hasta el momento, pero que es importante hacer alusión al mismo, ya que favorece el intercambio científico y la especialización entre los profesionales que trabajan en este campo promoviendo el progreso de su conocimiento, se refiere a la información que deriva de congresos, simposiums, etc.

Al respecto encontramos dos tipos de aportaciones: las intervenciones puntuales de los profesionales en reuniones de carácter más general y aquellas que se enmarcan en reuniones sobre aspectos adictivos. Seguidamente presentamos algunas de las aportaciones encontradas en la búsqueda de material que hemos realizado.

Tal como era de esperar, la mayoría de las intervenciones se centran en los aspectos relacionados con la evaluación y el tratamiento de la adicción.

TABLA 4
Reuniones de carácter general y sobre drogodependencias

REUNIONES DE CARÁCTER GENERAL	
Soler Baena, M. (1997). Ludopatía y psicodrama.	I Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Salamanca.
Abanses Ballestín, E. (1991). El juego patológico. Aspectos psicológicos.	II Jornadas de Psicología en Navarra. Pamplona.
González Ibáñez, A. (1989). Adicción al juego. Taller 42.	III Escuela de Verano de Psicología. Madrid.
Fernández de la Cruz, A., y Prieto Ursua, M. (1996). La ludopatía en la familia: prevención y tratamiento.	II Jornadas Orientación Familiar. MAPFRE. Madrid.



TABLA 4
Reuniones de carácter general y sobre drogodependencias

REUNIONES SOBRE DROGODEPENDENCIAS	
González Ibáñez, A. (1997). Juego patológico.	<i>IV Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario</i>
Santos Díez, P.; Camacho Ferrer, I.; Llinares Pellicer, M.C., y Palau Muñoz, C. (1999). Tratamiento psicológico del juego patológico: revisión bibliográfica.	<i>VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario</i>
Becoña Iglesias, E. (1999). Evaluación y tratamiento del juego patológico.	<i>XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol</i>
Seguí Rahola, J.; Cascio, A.; Ferrer, C.; Llovet, J.M.; Aragón, C.; Farré, J.M., y Salvador, L. (1990). Alcoholismo y problemas de juego.	
Bombín Mínguez, B. (1990). Juego de azar como fenómeno adictivo y su relación con las drogodependencias.	
Vizcarra, F. (1990). Importancia de la familia en la recuperación de los jugadores.	
Gonzalo Ibáñez, A. (1990). Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico.	
González Ibáñez, A.; Partor Cordero, C., y Mercadé, P.V. (1990). Programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico.	<i>VII Jornadas Autonómicas de Socidrogalcohol</i>
Rodríguez Martos, A. (1990). Alcohólico que juega y el jugador que bebe: dos caras de una misma moneda.	
Bombín Mínguez, B. (1995). Relaciones interdictivas desde la ludopatía.	<i>XXII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol</i>
Bombín Mínguez, B. (1995). Aspectos epistemológicos de la ludopatía.	<i>XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol</i>
Becoña Iglesias, E. (1995). Prevalencia del juego patológico en España.	
Echeburúa Odriozola, E. (1995). Recaída en el juego patológico: variables predictoras y estrategias de intervención.	
Villa Canal, A. (1995). Estudio sobre juego patológico en estudiantes de segundo ciclo de E.G.B. en Asturias.	<i>XXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol</i>
Becoña Iglesias, E. (1996). Juego patológico: estudios de su prevalencia en España.	<i>XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol</i>
Echeburúa Odriozola, E. (1997). Prevención de recaídas en ludopatías.	
Tomás Benlloch, M.C., y Ridaura Masia, M.A. (1998). Estudio sobre el perfil de los jugadores atendidos en el I.V.A.J.P.	<i>1er Congreso Virtual de Psiquiatría.</i> http://www.psiquiatria.com
Cano Vega, M.; Oliveras, C.; Ruiz Andrés, T.; Soms Casals, M., y Verdagué Gorchs, J. (1998). Descripción de los jugadores patológicos atendidos durante el año 1997 en tres centros de atención en drogodependencias de Catalunya.	
Moreno, I.; Sáiz, J., y López-Ibor, J.J. (2000). Aspectos clínicos y evolutivos de la ludopatía.	<i>2º Congreso Virtual de Psiquiatría.</i> http://www.psiquiatria.com
Blanco, C.; Moreyra, P.; Sáiz, J., e Ibáñez, A. (2000). Tratamiento del juego patológico. Eficacia e implicaciones conceptuales.	
Ibáñez, A., y Sáiz, J. (2000). Neurobiología y genética molecular en el juego patológico.	
Ramos, J.A. (2000). Concordancia entre los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV de ludopatía. Un estudio preliminar.	
Ibáñez, A., y Sáiz, J. (2001). Epidemiología de la ludopatía.	
Ibáñez, A., y Sáiz, J. (2001). Tratamiento de la ludopatía.	
Primera reunión internacional de investigación sobre juego y otras conductas adictivas. Barcelona, 15 y 16 de octubre de 2004.	

2.5. TESIS DOCTORALES

En nuestro intento por formarnos una impresión lo más amplia posible sobre la literatura publicada en relación con el juego patológico, hemos accedido a la base de datos TESEO (www.teseo.com), la cual recoge las tesis doctorales leídas en las diferentes universidades españolas. Esta revisión nos puede orientar sobre el estado e interés que marca la investigación en este momento.

En este caso, sirviéndonos del perfil general de búsqueda “juego”, hemos localizado un total de diez trabajos que pasamos a detallar en la siguiente tabla.

En líneas generales encontramos, por una parte, estudios que tratan de profundizar en las características que definen a este tipo de población y, por otra parte, estudios que tratan de determinar el mejor tipo de intervención dirigida a conseguir la desvinculación con esta conducta. Podemos afirmar que, desde la perspectiva psicológica, los estudios se sitúan preferentemente en la fase de cambio en el proceso adictivo.

Destacar la ausencia de trabajos de fundamentación teórica, lo que, unido a la dispersión temática, parece confirmar la idea de que nos encontramos en un momento de inicio en la investigación rigurosa sobre este tema. En pocos años, conforme se consolide la investigación y se disponga de múltiples resultados experimentales, será más probable que vayan apareciendo enfoques teóricos que traten de dar coherencia y estabilidad a la investigación española en cualquiera de los múltiples ámbitos de actuación –prevención, intervención, recaídas...–.

TABLA 5
Principal temática tratada en las diferentes tesis doctorales

Año	Referencia y breve descripción del contenido
1990	Moreno Oliver, I. (1990). <i>Juego patológico: estudio clínico y neuroquímico</i>. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Primera tesis doctoral española sobre juego patológico. Se realiza un estudio clínico (protocolo clínico, exploración psicopatológica y estudio de personalidad, entre otras pruebas) que permite la elaboración de un perfil sociodemográfico y un análisis de los factores predictores de un buen pronóstico y las peculiaridades en función del sexo, y un estudio neuroquímico (test de estimulación neuroendocrina con la finalidad de evaluar la función serotoninérgica) que sugiere una hipofunción del sistema serotoninérgico (respuesta aplanada a prolactina), con 45 jugadores, diagnosticados basándose en los criterios DSM III-R, que están recibiendo tratamiento desde hace un año en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal. Se argumenta la no-inclusión del juego patológico dentro de los trastornos del humor y se considera este trastorno como un modelo de dependencia no influido por otros factores (farmacotoxicidad, marginación...).
1991	Blanco Jerez, C. (1991). <i>Juego patológico y MAO plaquetaria: un estudio psicobiológico</i>. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
1993	Báez Gallo, C. (1993). <i>Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento del juego patológico</i>. Disertación doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Revisión teórica con especial énfasis en los tratamientos utilizados y su efectividad sobre el juego patológico y parte experimental en la que se compara la efectividad de diversas modalidades terapéuticas (exposición gradual in vivo con prevención de respuesta y control estimular, terapia de grupo cognitivo-conductual y una combinación de ambos tratamientos) en el tratamiento de 64 jugadores patológicos de máquinas recreativas, según un diseño experimental multigrupo con grupo de control de lista de espera.
1995	Bersabé Morán, Rosa M. (1995). <i>Sesgos cognitivos en los juegos de azar: la ilusión de control</i>. Disertación doctoral no publicada. Dpto. Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad Complutense de Madrid. Tras revisar los principales errores cognitivos que inciden en los juegos de azar, se analiza la ilusión de control (I.C.) que defiende que la confianza en ganar aumenta cuando en el juego se introducen elementos donde interviene la habilidad (elección, competición, participación activa o pasiva) (Langer, 1975). Se plantean cuatro experimentos para poner a prueba si la I.C. se ve afectada por los costes en el juego, tal como defienden Dunn y Wilson (1990), y se muestra cómo en ninguno de ellos se logra provocar una I.C.; por ello, se diseñan nuevos experimentos replanteando la cuestión en términos de juicios de contingencia, recuperando la visión skinneriana (1948) sobre las supersticiones.
1996	Prieto Ursúa, M. (1996). <i>El juego problemático: un estudio empírico de sus características y modelos explicativos. Una propuesta de definición</i>. Disertación doctoral no publicada. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Comillas. Tras la realización de una revisión crítica sobre el estado de la cuestión del juego problemático (definición, modelos teóricos, evaluación, diagnóstico, tratamiento, fases, tipologías...), se recogen datos demográficos sobre jugadores españoles, se valida el cuestionario utilizado por los jugadores anónimos, se identifica el perfil topográfico de cada uno de los tipos de juego analizados, se propone una definición de jugador problema según el modelo gradiente y se contrastan distintas hipótesis sobre los principales modelos teóricos propuestos hasta la fecha. Destacar la importancia de la búsqueda de dinero, de activación fisiológica y del escape de estados de ánimo negativos, como explicativos del mantenimiento de un patrón de juego excesivo. Asimismo, los datos sugieren que bajos niveles de reforzamiento familiar, laboral o general en la vida del sujeto pueden actuar como predisponentes para el desarrollo del juego problemático.
1997	Fernández Montalvo, J. (1997). <i>Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos</i>. Disertación doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Se pone a prueba la efectividad de dos modalidades de intervención en prevención de recaídas de juego patológico –grupal e individual–, comparándolas con un grupo control, en un total de 69 jugadores patológicos tratados, en una fase previa, mediante exposición in vivo con prevención de respuesta y control de estímulos. Los resultados ponen de manifiesto la superioridad de los dos grupos terapéuticos con relación al grupo control. Además, ambos grupos se muestran homogéneos entre sí. También se presentan los resultados obtenidos en relación con las características de juego, psicopatológicas y de personalidad de los jugadores de la muestra, así como las variables que son predictoras del éxito terapéutico.
1998	García Montagud, J. (1998). <i>Adicción al juego y capacidad consensual</i>. Disertación doctoral no publicada. Facultad de Derecho Canónico. Universidad de Navarra. Se valora, atendiendo principalmente al contenido del can. 1095, la capacidad para el matrimonio del sujeto adicto al juego. Se señala que se debe actuar con cautela a la hora de calificar jurídicamente estos sujetos. En las actas debe reflejarse que los problemas de diversa índole que origina la ludopatía en el sujeto deben encontrar su origen en el momento en el que el sujeto emitió el consentimiento matrimonial. También el juez deberá evaluar con la ayuda del perito si en el contrayente se daban algunos rasgos de personalidad premórbida, precisando cuáles, en qué medida se daban, de qué forma y desde cuándo. Asimismo será conveniente que quede constancia de si existía alguna comorbilidad añadida a la ludopatía –otras adicciones, patologías del círculo afectivo o trastornos de la personalidad–.

Año	Referencia y breve descripción del contenido
1999	Fernández Alba Luengo, A. (1999). <i>Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio</i> . Disertación doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Se investiga con 88 jugadores patológicos sobre la eficacia diferencial de varias modalidades de tratamiento (cognitivo; cognitivo + sesiones de exposición; de exposición y de exposición + sesiones cognitivas) y de los factores que parece que desempeñan un papel esencial en el mantenimiento de esta conducta: las distorsiones cognitivas (reestructuración cognitiva de los sesgos y heurísticos característicos de los juegos de azar) y la activación psicofisiológica (exposición en vivo con prevención de respuesta). Se realizan mediciones, pre y postratamiento y en el 1º, 3º, 6º, 9º y 12º meses de seguimiento. Los resultados muestran que aunque los cuatro programas consiguen una reducción de la conducta, es el tratamiento de exposición + sesiones cognitivas el que alcanza la mayor tasa de éxito al año de seguimiento. Se discute el papel desempeñado por la activación psicofisiológica y las distorsiones cognitivas en el mantenimiento de la conducta de juego.
2000	Prieto López, R. (2000). <i>Aminoácidos plasmáticos y juego patológico</i> . Disertación doctoral no publicada. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Dentro de las clasificaciones internacionales, el juego patológico está considerado un trastorno del control de los impulsos relacionado con la neurotransmisión de tipo serotoninérgico. En el presente estudio se hipotetiza y confirma la existencia de un desbalance serotoninérgico en este tipo de pacientes. También se estudian las características de los jugadores patológicos que acuden a la unidad de ludopatía y se confirma la existencia de niveles elevados de impulsividad, y una peor salud autopercebida.
2001	Tejero Salguero, R. (2001). <i>Los videojuegos, ¿adicción o abuso? Categorización, consideraciones metodológicas y análisis de factores de riesgo</i> . Disertación doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Se trata de determinar si el uso excesivo de videojuegos constituye una adicción conductual semejante al juego patológico o a la dependencia de sustancias, tal como defienden diversos autores. Tras una primera parte de revisión y análisis de la literatura sobre los videojuegos como fenómeno social, como conducta y como adicción, en la segunda parte empírica, en primer lugar, se identifica sobre 197 chicos y chicas de una media de edad de 14 años, a aquellos que pueden ser considerados adictos a los videojuegos en función de un instrumento adaptado de los criterios del DSM-IV para la dependencia de sustancias y juego patológico. En segundo lugar, se formulan 18 hipótesis a partir de la literatura sobre adicciones, traduciéndolas en variables operativas y seleccionando o diseñando los instrumentos para su medición y aplicándolos a dos grupos de 46 personas (jugadores problema/jugadores sociales). Se concluye que la aparente adicción a los videojuegos puede definirse mejor como abuso. También se comentan posibles medidas preventivas.

1990	Perspectiva médica	Estudio clínico y neuroquímico
1991		Estudio psicobiológico
2000		Implicación de la serotonina
1993	Perspectiva psicológica	Modalidades terapéuticas
1995		Sesgos cognitivos e ilusión de control
1996		Modelos explicativos de la conducta de juego
1997		Modalidades terapéuticas (PR)
1999		Modalidades terapéuticas
2001	Perspectiva legal	Expansión al caso de los videojuegos
1998		Derecho canónico

3. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Una de las demandas que con más frecuencia realizan las personas en formación es la participación activa en cursos, seminarios, congresos, etc.; en definitiva, lo que se ha denominado formación institucional, pues corre a cargo de cualquier organismo, bien sea público o privado.

Por este motivo dedicamos un apartado en este artículo a recopilar las direcciones web en las que se informa sobre las diferentes actividades de formación propuestas desde distintos organismos relacionados con las drogodependencias. Con objeto de que la lectura y localización del material sean lo más sencillas posible, se ha realizado una clasificación en función del tipo de formación más o menos amplia en el área de las adicciones.

Al consultar estos enlaces observamos cómo la tónica general es la de incluir la formación sobre juego como un apartado más dentro de cursos de carácter más general.

TABLA 6
¿Dónde podemos acudir para obtener información sobre la formación en juego patológico?

PND (Plan Nacional sobre Drogas)	www.mir.es/pnd	Es probable que esta dirección varíe en breve, ya que el PND en estos momentos depende del Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es) En la entrada <i>Reuniones, Seminarios y Congresos</i> , (www.mir.es/pnd/reunion/index.htm) podemos encontrar tanto información sobre la formación puntual como la continuada, española y extranjera.
IEA (Instituto para el Estudio de las Adicciones)	www.ieanet.com	Desde el apartado <i>Agenda</i> (los números que aparecen en otro color incluyen eventos sobre adicciones). Otro acceso a cursos de formación de distinta índole –duración corta, intermedia o larga– lo encontramos en el apartado <i>PROFESIONAL</i> , dentro de la entrada “Consulta aquí <i>ESCAPARATE</i> de lasdrogas.info ” (www.lasdrogas.info/escaparate/)
FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción)	www.fad.es	En el apartado <i>Formación</i> se diferencia entre cursos a distancia y cursos presenciales. Además, en la misma página web es importante revisar el apartado de Cursos, Congresos, Ayudas y Becas. En éste se diferencian por meses los eventos de formación sobre adicciones.

En todos los casos, la búsqueda de la formación debe realizarse de forma manual, ya que suele mezclarse entre la información general de drogodependencias.

A continuación incluimos una revisión de la formación sobre juego patológico que aparece en estos recursos, limitando nuestra exposición a la que ha tenido lugar en España a lo largo del año 2004.

TABLA 7
Formación específica de carácter más o menos general sobre juego.

FEBRERO	
<i>Curso de introducción a las adicciones tóxicas y no tóxicas</i>	Organiza: PATIM Contacto: patim@drogas.infomail.es
ABRIL	
<i>Adicciones comportamentales: juego patológico y adicción a nuevas tecnologías</i>	Organiza: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana. Contacto: szoivac@sc.ehu.es
OCTUBRE	
<i>I Congreso de Guipúzcoa de Ludopatía y Nuevas Adicciones</i>	Organiza: Ekintza-Dasalud: Ayuda a Ludópatas de Gipuzkoa. Contacto: dasalud@euskalnet.net
<i>XIV Curso de especialización, juego patológico y adicciones a las nuevas tecnologías</i>	Organiza: Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID). Universidad Miguel Hernández Contacto: inid@umh.es
NOVIEMBRE	
<i>V Escuela de Otoño Socidrogalcohol (Curso: "El trabajo sistémico en la dependencia a cocaína y juego: semejanzas y diferencias con la dependencia a heroína")</i>	Organiza: Socidrogalcohol (Sociedad Científica para el Estudio del Alcohol, el Alcoholismo y el resto de Toxicomanías) Contacto: www.socidrogalcohol.org
DICIEMBRE	
<i>IV Seminario sobre adicciones no tóxicas: el juego patológico y adicciones tecnológicas</i>	Organiza: PATIM Contacto: patim@drogas.infomail.es

Al revisar los cursos de especialización –expertos y masters– con una duración temporal más dilatada en el tiempo y con carácter continuo nos llama la atención que la mayoría de ellos se focalizan en las adicciones a sustancias, siendo muy escasos los que incluyen algún apartado específico sobre juego patológico. De todos los cursos revisados, tan sólo encontramos referencia a este campo en los siguientes:

TABLA 8
Formación especializada que incluye el tema del juego patológico (I)

3ª edición del Master en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas (a distancia). Universidad de Valencia www.adeit.uv.es/postgrado	Adquirir los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas en drogodependencias con el fin de poder actuar desde las distintas áreas formativas, como son: - La prevención, - El diagnóstico y tratamiento, - La inserción social y - Documentación e investigación.	En el bloque denominado <i>Área de Intervención Sanitaria</i> se incluye un tema sobre ludopatía: diagnóstico y tratamiento.
3ª edición del Curso de Especialista Universitario en Drogodependencias (presencial). INID (Instituto de Investigación de Drogodependencias). Universidad Miguel Hernández. http://inid.umh.es	Análisis de las drogas desde una perspectiva multidisciplinar, dotando a los alumnos de formación especializada.	Aunque no aparece explícitamente un módulo sobre juego patológico, sí que se trata esta temática en los de evaluación e intervención.
<i>Prevención y Educación para la Salud: Adicciones</i> (presencial). Centro de Formación ICA. Pontevedra www.icaformacion.com	Entre las múltiples actividades de formación, este centro se ocupa desde 1996 de los Cursos de Postgrado para Psicólogos. En este curso concreto se diferencian 6 bloques: SIDA; toxicomanías; alcoholismo; juego patológico; tabaquismo, y propuestas en el marco de la atención primaria de salud.	Aparece un bloque íntegro dedicado al juego patológico: introducción; clasificación; factores sociales; jugador patológico; epidemiología; fases; tratamiento y teorías explicativas de la adquisición, y mantenimiento del juego patológico.
Maestría Internacional on-line en Drogodependencias http://www.uniredrodrugs.org	Participan las siguientes universidades: UNED, Universidad Miguel Hernández, Universidad de Deusto, UNED de Costa Rica, Fundación Universitaria Luis Amigó (Colombia), Universidad Nacional de Perú, Universidad Simón Rodríguez de Venezuela.	En el módulo sobre clínica de las adicciones se incluye el abordaje terapéutico del juego patológico.

Un dato que llama la atención es que esta formación suele incluirse también en masters de carácter más amplio focalizados en el área de intervención. Muestra de ello la encontramos en:

TABLA 9
Formación especializada que incluye el tema del juego patológico (II)

<i>Master Internacional en Psicología Clínica</i> Asociación Española de Psicología Conductual (www.aepc.es)	En este caso encontramos dentro del apartado de formación práctica un módulo sobre Intervención psicológica en juego patológico.
<i>Master en Terapia de Conducta</i> (14ª promoción) Módulo: Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos (en el segundo año)	De los 19 temas que se incluyen en este módulo, tres se dedican al juego: 13. Introducción; 14. Evaluación del juego patológico; 15. Tratamiento del juego patológico.

Podemos afirmar que la formación en esta área se centra, sobre todo, en la asistencia a cursos puntuales y a congresos de carácter amplio.

A pesar de ello, sí que encontramos ya un eco de formación en este tema en las universidades españolas. En algunas de ellas se imparten materias optativas en las que se trata, junto a otras conductas adictivas, el juego patológico. En la siguiente tabla se describe el contenido de cada una de esas materias.

El reconocimiento universitario viene a afianzar la idea de que en breve se supone que irá cubriéndose la demanda de una formación especializada y más dilatada en el tiempo sobre este tema.

TABLA 10
Materias optativas en las carreras universitarias en las que se aborda el tema del juego patológico

Asignatura	Créd. ciclo	Tipo de materia y descripción del contenido
Universidad Complutense de Madrid		
PSICOPATOLOGÍA, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES	4 cr. 1T/1P 1 ciclo	Las adicciones, tipos de adicciones. Modelos psicopatológicos para explicar las adicciones. Evaluación de las adicciones. Programas de tratamiento del consumo de alcohol, consumo opiáceos y cocaína, consumo de tabaco en exceso y otras sustancias, <i>adicción al juego</i> . Programas de prevención de la adicción. Programas de mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas.
Universidad Autónoma de Barcelona		
CONDUCTES ADDICTIVES	6 cr. 3T/3P 2 ciclo	Conceptos de uso, abuso y dependencia. Epidemiología. Evolución. Factores de riesgo. Clasificaciones. Patología asociada. Procedimiento de evaluación. Prevención e intervención.
Universidad de Valencia		
MOTIVACIÓN Y APRENDIZAJE EN LOS PROCESOS ADICTIVOS	4 cr. 2,5T/1,5P 2 ciclo	Teorías motivacionales y modelos de aprendizaje aplicados a la secuencia del proceso adictivo: iniciación, transición y mantenimiento. Factores motivacionales y de aprendizaje relacionados con la disposición y persistencia al cambio (recaídas, abandonos...). Al revisar el programa de la materia aparece un tema dedicado íntegramente al juego patológico.
Universidad Pontificia de Salamanca		
ADICCIONES	4,5 cr. 2,5T/2P 2 ciclo	Evaluación e intervención en ludopatía y juego patológico, compra compulsiva, adicción al sexo, adicción al trabajo, adicción a Internet, televisión.
Universidad de Estudios de Oviedo		
PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES	6 cr. 4T/2P 1 y 2 ciclo	Modelos conceptuales del comportamiento adictivo. Fases del proceso adictivo. Estudios genéticos y variables psicosociales en el inicio de las adicciones: personalidad, efectos farmacológicos y procesos cognitivos de orden superior. Síndromes clínicos de los diferentes tipos de adicción. Procesos de cambio e intervención en el abandono de las adicciones. La comprensión y prevención de recaídas.
Universidad de Sevilla		
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES	6 cr. 4T/2P 2 ciclo	Evaluación y tratamiento de las drogodependencias; alcoholismo; juego patológico; síndrome del comprador compulsivo; comedor compulsivo, etc.
Universidad de Baleares		
INTERVENCIÓN EN CONDUCTAS ADICTIVAS	4,5 cr. 3T/1,5P 2 ciclo	El concepto de conductas adictivas. Drogodependencia y conductas adictivas. Factores comportamentales de instauración y mantenimiento de las conductas adictivas. Evaluación de las conductas adictivas. Procedimientos de intervención para el control de las conductas adictivas.
Universidad Miguel Hernández		
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DROGADICCIONES	4,5 cr. 3T/1,5P	Marco conceptual de las drogodependencias. Factores psicológicos. Factores psicológicos de la dependencia. Programas y modelos de intervención. Intervención psicológica en conductas adictivas.

REPERCUSIONES FAMILIARES DEL JUEGO PATOLÓGICO: UNA REVISIÓN CRÍTICA

Javier Fernández-Montalvo y Ainhoa Castillo¹

Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

En este trabajo se presenta un análisis de las principales repercusiones familiares del juego patológico. Se revisan los estudios sobre las consecuencias físicas y psicológicas observadas en la pareja –habitualmente, la mujer– del jugador, en los hijos y, en el caso de ludópatas adolescentes, en los padres. Los resultados de la revisión ponen de manifiesto que el impacto del juego patológico va más allá del paciente afectado y se observa la presencia de repercusiones concretas en los familiares cercanos. Sin embargo, los resultados obtenidos hasta la fecha no son concluyentes. Se carece de estudios empíricos rigurosos sobre este tema. Por último, se comentan las implicaciones clínicas de las repercusiones familiares para el tratamiento del juego patológico.

Palabras clave: juego patológico, familia, repercusiones psicológicas.

ABSTRACT

In this paper, the main family consequences of pathological gambling are described. Studies about physical and psychological consequences in gambler's partners –primarily, females–, in children and, in the case of

¹*Agradecimientos:* Ainhoa Castillo cuenta con una beca de investigación del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra.

adolescent pathological gamblers, in parents, are reviewed. Results show that the family impact of pathological gambling is very important. However, the results of studies are not conclusive. Finally, clinical implications of these family consequences for pathological gambling treatment are commented upon.

Key words: pathological gambling, family, psychological consequences.

INTRODUCCIÓN

La ludopatía forma parte de las adicciones sin drogas y se caracteriza por la pérdida de control con respecto al juego y por el establecimiento de una relación de dependencia. Más en concreto, el jugador patológico presenta un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar, de los que derivan conductas de juego que interfieren negativamente en la consecución de los objetivos personales, familiares y/o profesionales (Echeburúa y Báez, 1994; Fernández-Alba y Labrador, 2002).

Se trata de un problema de gran relevancia social. En nuestro país, la tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (Becoña, 1993; Becoña y Fuentes, 1994; Irurita, 1996; Legarda, Babio y Abreu, 1992). El trastorno es bastante más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente. A diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico se distribuye por todas las clases sociales y por todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años. De hecho, cada vez son más los adolescentes que acuden a tratamiento por problemas de juego (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2003). En estos casos, la ludopatía se ve complicada por la aparición de problemas familiares, de un bajo rendimiento escolar, de dificultades en la relación con los amigos, etc. (Secades y Villa, 1998).

La adicción al juego y las consecuencias que se derivan de la misma provocan un aumento importante de la sintomatología asociada al jugador (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Desde una perspectiva psicopatológica destaca la presencia de trastornos del estado de ánimo (depresión e hipomanía, fundamentalmente) (*cfr.* Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994; McCormick, Russo, Ramírez y Taber, 1984), de niveles elevados de ansiedad (Báez *et al.*, 1994) y de conductas adictivas (principalmente, abuso o dependencia alcohólica) (Lesieur, Blume y Zoppa, 1986; Lesieur y Heineman, 1988; Ramírez, McCormick, Russo y

Taber, 1983; Rodríguez-Martos, 1987, 1989). Asimismo, en los últimos años se ha puesto de manifiesto la presencia de trastornos de personalidad –el trastorno antisocial y el límite son los que aparecen con más frecuencia– asociados al juego patológico (Blaszczynski y Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001, 2004).

Sin embargo, como ocurre en otras conductas adictivas, el impacto del juego patológico va más allá del paciente afectado. En concreto, la familia, los amigos y el ambiente laboral están profundamente alterados por la problemática del juego del sujeto (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000; McCormick y Ramírez, 1988). De hecho, el deterioro puede extenderse en algunos casos a la pareja del jugador, en forma de aumento de la bebida y del tabaco, de trastornos de la conducta alimentaria, de gastos impulsivos sin control, etc. (Lorenz y Yaffee, 1988). A pesar de ello, las repercusiones que provoca el juego en estos otros ámbitos no se han estudiado lo suficiente hasta la fecha. Esta ausencia de estudios es, cuando menos, sorprendente, pues entre los propios criterios diagnósticos del juego patológico figura la presencia de alteraciones familiares, sociales y laborales como consecuencia del trastorno (APA, 2000).

Más en concreto, por lo que se refiere a las repercusiones familiares, son varios los autores que señalan cómo las personas allegadas al jugador patológico llegan a una ruina no sólo económica, sino también personal (Abbott, Cramer y Sherrets, 1995; Gaudia, 1987; Crisp, Thomas, Jackson y Thomason, 2001). La propia experiencia clínica en el tratamiento de la ludopatía muestra cómo, en muchas ocasiones, llega a ser necesaria la intervención psicológica con la pareja –habitualmente la mujer– del jugador. El descubrimiento repentino del problema, la aparición de deudas importantes desconocidas hasta ese momento o la desesperada situación económica a la que llega la familia son, entre otros, aspectos que influyen en la aparición de numerosa sintomatología disfórica en la pareja, en la incapacidad para recuperar la confianza en el jugador o en el desarrollo de constantes sentimientos de duda que, en ocasiones, adquieren tintes obsesivos. Todo ello repercute directamente en el proceso de recuperación del jugador (Lorenz, 1989). Además, no se debe olvidar, en este sentido, que el hecho de tener un jugador patológico en la familia es una fuente importante de estrés, con las consecuencias negativas derivadas del mismo. Un claro reflejo de este tipo de repercusiones familiares es el deterioro frecuente de la relación de pareja (*cf.* Garrido, Jaén y Domínguez, 2002), así como la alta tasa de separaciones y divorcios observadas entre los jugadores.

En este texto se presenta una revisión de los estudios llevados a cabo acerca de las repercusiones que el juego provoca en la familia. Se trata, como ya se ha señalado, de uno de los aspectos menos estudiados en el ámbito de juego patológico. Debido a que la mayor parte de los jugadores que acuden a consulta son hombres, los pocos datos existentes se centran en las repercusiones del juego en la mujer del ludópata varón.

REPERCUSIONES EN LA FAMILIA DEL JUGADOR

Las repercusiones derivadas de tener un jugador en la familia varían según el tipo de relación establecida con el mismo. En este sentido, el mayor impacto lo sufre la familia más cercana: la pareja y los hijos del jugador (Custer y Milt, 1985). Estas consecuencias son tan importantes que, en algunos casos, la familia –principalmente, la pareja– puede encontrarse incluso más afectada psicológica y físicamente que el propio jugador (Heineman, 1994). Ello se relaciona directamente con un hecho habitual en el ámbito clínico. Para muchos jugadores, la salida a la luz del problema supone una sensación de cierta *liberación*, tras años de mentiras constantes sobre el juego, de ocultación a la familia de las deudas y de los distintos problemas asociados. En ese momento, la familia se encuentra repentinamente con un problema que, en muchos casos, no conocía o atribuía a otras causas: problemas en el trabajo, consumo de alcohol, deudas importantes, etc. De hecho es habitual que en las primeras consultas la familia muestre un mayor grado de preocupación y de nerviosismo por el problema que el presentado por el propio jugador, más preocupado, en ese momento terapéutico inicial, por relativizar o minimizar el alcance de su adicción al juego.

En cualquier caso, las repercusiones familiares no son ajenas a las diferentes áreas alteradas que presentan los ludópatas (Gaudía, 1987): a) *económica*, con un descenso importante del poder adquisitivo y con numerosas deudas a las que hacer frente; b) *social*, con frecuentes sentimientos de vergüenza y de exclusión social por el problema de juego y por las deudas contraídas con personas conocidas; c) *médica*, con una fuente de estrés crónico que puede desencadenar distintos problemas de salud, y d) *legal*, con la posibilidad de encarcelamiento por desfalcos o robos, así como la existencia de juicios pendientes. Todas estas áreas, que habitualmente forman parte de la evaluación clínica del jugador, deben hacerse extensivas a la familia del mismo, con el objetivo de obtener una visión

más pormenorizada del alcance familiar del juego. De esta forma se podrá comprender mejor las numerosas consecuencias observadas en la familia y que ya han sido descritas por distintos autores (Abbott *et al.*, 1995; Gaudia, 1987; Crisp *et al.*, 2001; Heineman 1989; Korn y Shaffer 1999; Lesieur y Rothchild, 1989; Lorenz y Yaffee, 1986; 1988).

REPERCUSIONES EN LA PAREJA

Como ya se ha señalado, la práctica totalidad de los estudios desarrollados con la pareja del jugador se han llevado a cabo con mujeres. Ello se debe a la mayor frecuencia con que acuden a consulta los jugadores varones. Desde esta perspectiva, uno de los primeros autores que hace referencia a las posibles consecuencias del juego en la mujer es Wexler (1981). Este autor describe tres etapas por las que pasa la mujer del jugador: negación, estrés y agotamiento.

En la primera etapa, *fase de negación*, la mujer se niega a reconocer el problema, creyendo que no hay ningún peligro y que es la continuación de lo que ha sido siempre. La ignorancia del problema puede mantenerse durante años siempre que éste tenga escasos niveles de interferencia.

En una etapa posterior, *fase de estrés*, acaba por darse cuenta de la gravedad del problema; pero sigue aceptando las justificaciones del jugador, sintiéndose incluso culpable por los actos efectuados por su esposo. Generalmente se intenta ayudar al jugador facilitándole recursos económicos o medios para resolver sus problemas financieros, bajo la promesa del marido de abandonarlo inmediatamente. Este esfuerzo por ayudar al marido suele ser baldío, lo que agrava notablemente la situación de la esposa, que se siente frustrada, aumentando el rechazo hacia su marido y las continuas disputas con él. Así, por ejemplo, Lorenz y Shuttlesworth (1983) encontraron que el 65% de las esposas de jugadores patológicos entregan sus ahorros personales al marido y el 46% les entregan las ganancias de su trabajo, en ambos casos con la intención de que el marido pueda pagar sus deudas, facilitando de esta manera el mantenimiento de la conducta de juego.

Por último, en la tercera fase, *fase de agotamiento*, la pareja se vuelve exasperada, sufre de insomnio, pérdida de apetito y consumo excesivo de medicamentos. En este momento empieza a tener miedo de su cónyuge y de lo que pueda ocurrir. Esta situación puede llevar a la mujer a refugiarse en un consumo excesivo de tabaco y/o alcohol.

Estas tres fases constituyen una descripción clásica de la evolución que presenta la mujer del jugador y han sido asumidas por distintos autores

(cfr. Custer y Milt, 1985; Franklin y Thoms, 1989; Ladouceur, 1993). Sin embargo, se trata de descripciones clínicas que, hoy por hoy, no están avaladas por estudios científicos.

Desde una perspectiva más empírica, en la tabla 1 se presenta un resumen de los estudios disponibles en la actualidad sobre este tema. Lorenz y Shuttlesworth (1983) llevaron a cabo la primera investigación dirigida a valorar el impacto del juego patológico en la esposa del ludópata. Se utilizó para ello una muestra de 250 mujeres, de las que 144 respondieron a un cuestionario creado específicamente para la investigación. Se trataba de un listado de síntomas, con respuestas de tipo Likert, y de una serie de preguntas abiertas que evaluaban diferentes áreas relacionadas con la salud y enfermedad. Los resultados mostraron que el 84% de las mujeres de la muestra manifestaban haberse sentido emocionalmente enfermas como resultado del juego de su pareja, el 78% padecía un claro problema de insomnio y el 50% recurría a pautas de conducta disfuncionales (bebida excesiva, trastornos alimentarios, compras compulsivas, etc.) como una estrategia inadecuada de afrontamiento del problema. Además, entre los resultados obtenidos destacaba el hecho de que el 43% de la muestra se había sentido en algún momento maltratada por su pareja –bien maltrato físico bien psicológico– como consecuencia de las discusiones habituales por el juego y un 12% había intentado incluso suicidarse.

TABLA 1
Estudios sobre la pareja del jugador

AUTORES	N	SEXO ESTUDIADO	ALTERACIONES FÍSICAS	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS
Lorenz y Shuttlesworth (1983)	144	Mujer	+	+
Lorenz y Yaffee (1988)	214	Mujer	+	+
Lorenz y Yaffee (1989)	151	Mujer	+	+
Crisp et al. (2001)	440	Mujer y varón	+	+
Savron et al. (2003)	28	Mujer	+	¿
+ Presencia de la alteración en la muestra estudiada				
¿ Ausencia de datos en el estudio				

Sin embargo, este estudio presenta algunas limitaciones importantes. En primer lugar, no se utiliza un grupo de control con el que comparar los datos obtenidos, por lo que no se sabe en qué medida los resultados encontrados obedecen estrictamente al problema de juego. Por otra parte, los criterios de selección de la muestra no son suficientemente rigurosos, lo que se traduce en la presencia de variables importantes que no están controladas y que, sin embargo, pueden interferir en los resultados encontrados: los antecedentes psiquiátricos o la antigüedad de la dependencia del juego, por ejemplo. No obstante, este estudio constituye un valioso primer intento de poner de manifiesto las repercusiones tan importantes que el juego ocasiona en la pareja. De hecho, los resultados del mismo se utilizan en las descripciones actuales del juego patológico.

El segundo estudio existente sobre las repercusiones del juego en la pareja del jugador es el llevado a cabo por Lorenz y Yaffee, (1988). Para ello elaboraron un nuevo cuestionario de 135 ítems, de características muy similares al anterior. Los resultados, con una muestra de 214 mujeres de ludópatas que estaban en tratamiento en Jugadores Anónimos, pusieron también de manifiesto la existencia de un gran número de problemas físicos y psicológicos derivados del problema de juego de su marido. Se trataba, en su mayor parte, de numerosa sintomatología disfórica –ira y resentimiento (74%), depresión (47%), soledad (44%), culpabilidad por el problema (30%), confusión (27%), intentos de suicidio (14%), sentimiento de ineffectividad como madre (13%) y sentimientos de desvalimiento, desesperanza y ruina (5%)–, así como de problemas físicos relacionados con vivir en una situación de estrés crónico: dolores de cabeza (41%), problemas intestinales y diarreas (37%), desfallecimiento, con vértigos, frío, manos sudorosas (37%), hipertensión y problemas respiratorios (23%). Además, el 58% de estas mujeres afirmaba que sus relaciones sexuales eran muy insatisfactorias debido al problema de juego de su marido. Por otra parte, como consecuencia de la situación familiar, el 86% de estas mujeres se había planteado dejar al marido y el 29% se separaron efectivamente de él.

En un estudio posterior de los mismos autores (Lorenz y Yaffee, 1989), en el que se utilizaba el mismo instrumento de evaluación, se llevó a cabo una comparación entre los síntomas experimentados por 151 mujeres de ludópatas con los sufridos por los propios jugadores. Por lo que se refiere a las parejas, los resultados encontrados coincidían en gran medida con los del estudio anterior y revelaban también la presencia de un amplio número de síntomas físicos y psicológicos. En concreto, el 70%

tenía fuertes sentimientos de ira, el 42% sufría una depresión, el 38% se sentía aislada, el 26% se culpabilizaba por el problema de juego del marido, el 23% estaba muy confusa por la situación y el 14% presentaba ideación suicida. Desde una perspectiva física eran frecuentes los dolores de cabeza (en el 40% de la muestra), los problemas estomacales (31% de casos), la hipertensión (20%), los dolores de espalda (17%) y las alergias (13%). Asimismo, al igual que ocurría en el estudio anterior, el 72% señalaba que las relaciones sexuales eran insatisfactorias.

Más recientemente, Crisp *et al.* (2001) llevan a cabo un estudio en Australia con 440 parejas de jugadores patológicos. Se trataba de valorar la existencia de alteraciones en nueve áreas concretas: situación económica, empleo, actividades de ocio, problemas interpersonales, problemas intrapersonales (ansiedad, depresión, etc.), familia, problemas legales, síntomas físicos e implicación en el juego por parte de la pareja. Los resultados pusieron de manifiesto nuevamente la presencia de alteraciones en todas las áreas estudiadas, entre las que destacaban, por su frecuencia, los problemas interpersonales, intrapersonales, familiares y económicos. Asimismo, curiosamente el 17% de las parejas estaba también implicada en un problema de juego patológico.

No obstante, este estudio también presenta varias limitaciones. En primer lugar, las categorías utilizadas para los posibles problemas son excesivamente amplias y no se recogen los problemas concretos que forman parte de cada una de ellas. Por otra parte, las entrevistas fueron llevadas a cabo por diferentes evaluadores, lo que comporta la existencia de un criterio diferencial para incluir o no a cada persona en una determinada categoría. Por último, sólo se contrastaron con la población general las variables sociodemográficas, por lo que no se sabe a ciencia cierta si las repercusiones observadas se deben específicamente al problema de juego de su pareja.

Sin embargo, esta investigación aporta un dato de gran interés. Se trata del único estudio que cuenta con una muestra significativa de parejas de jugadores de ambos sexos (309 mujeres y 131 varones), sin que prácticamente existan diferencias entre ambos grupos en las repercusiones negativas encontradas, con la excepción de los problemas económicos (tabla 2). Estos resultados contradicen la impresión generalizada de que el juego repercute en menor medida en las parejas varones que en las mujeres. No obstante, se trata de resultados provisionales, que necesitan una mayor comprobación empírica.

TABLA 2
Consecuencias en la pareja en función del sexo
 (Crisp. *et al.*, 2001)

VARIABLES ESTUDIADAS	PAREJA MASCULINA	PAREJA FEMENINA	χ^2
Problemas económicos	30,2%	42%	5,3*
Problemas laborales	7%	5,5%	n.s.
Problemas en el tiempo libre	3,9%	5,9%	n.s.
Alteración en las relaciones interpersonales	71,3%	75,9%	n.s.
Problemas intrapersonales	45,7%	50,8%	n.s.
Alteraciones familiares	38%	38,8%	n.s.
Problemas legales	2,3%	5,5%	n.s.
Síntomas físicos	3,9%	5,5%	n.s.
Problemas de juego	16,3%	17,9%	n.s.
* $p < 0,05$			

Tradicionalmente se ha pensado que el juego patológico afecta de forma diferente cuando se trata de maridos de mujeres ludópatas. Estas diferencias se podrían deber tanto a los distintos roles como a la progresión diferencial del problema en la mujer (Becoña, 1997). El juego en la mujer se presenta más tarde que en el hombre, aunque su agravamiento se produce también más rápidamente. La familia no está preparada para los cambios que se producen en el comportamiento de la mujer jugadora: gasta dinero excesivamente, está fuera por la noche, miente a cada oportunidad y discute la mayor parte del tiempo (Lorenz, 1987). La impresión clínica señala que, en general, el hombre se ve menos afectado personalmente que la mujer, salvo en las cuestiones económicas. Además, el apoyo y comprensión que puede necesitar la jugadora no suele encontrarlos en su pareja y es habitual que sea un familiar o un hijo mayor quien se los proporciona. En cualquier caso, no se debe olvidar que hay un sesgo claro en las muestras utilizadas, ya que la mayor parte de los ludópatas que acuden a tratamiento son hombres.

Una de las últimas investigaciones sobre este tema se ha llevado a cabo en Italia (Savron, Pitti y De Luca, 2003). Se trata del único estudio existente en el que se cuenta con un grupo de control. La muestra estaba

compuesta por 56 mujeres divididas en dos grupos: uno de 28 mujeres de jugadores y otro de control de 28 mujeres de la población normal. Los resultados pusieron también de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En concreto, las mujeres de los jugadores presentaban un mayor nivel de estrés y de ansiedad, así como mayores grados de inhibición verbal y de timidez, en comparación con las mujeres de la población normal.

En síntesis, los estudios llevados a cabo hasta la fecha, aunque escasos, muestran que las repercusiones de la ludopatía van más allá del paciente afectado. Las parejas de los jugadores muestran un amplio cortejo de síntomas psicopatológicos y físicos, que, aparentemente, se derivan del problema de juego del otro miembro de la relación. Sin embargo, los datos existentes hasta la fecha son escasos y, por tanto, resulta aventurado sacar conclusiones concretas. Además, la ausencia de grupos de control en la práctica totalidad de las investigaciones realizadas –el estudio de Savron *et al.* (2003) es la única excepción– impide conocer si la sintomatología conocida difiere significativamente de la observada en la población general.

REPERCUSIONES EN LOS HIJOS

Las repercusiones de la ludopatía en los hijos de los jugadores han recibido aún menos atención por parte de la comunidad científica que la descrita en el apartado anterior sobre la pareja. Además, los escasos datos existentes se centran, fundamentalmente, en los hijos de padres jugadores, sin que se conozca qué ocurre cuando es la madre la que está implicada en un problema de juego. Un resumen de los principales aspectos estudiados en este tipo de sujetos figura en la tabla 3.

Parece evidente que los hijos de los jugadores se ven afectados directamente por el problema de sus padres. Cuando se comparan los hijos de los ludópatas con hijos de no jugadores, similares en edad, sexo y lugar de residencia, los primeros tienen un mayor riesgo de tener un hogar roto, de mostrar una alta incidencia en psicopatología infantil y de presentar una mayor implicación en conductas perjudiciales para la salud, tales como mayores niveles de consumo de alcohol, tabaco y drogas (Jacobs, Marston, Singer, Widaman, Little y Veizade, 1989). A estos aspectos se les pueden añadir las dificultades económicas, el constituir habitualmente el blanco de las frustraciones de los padres y, en algunos casos, el abuso psicológico y físico (Lesieur y Rothschild, 1989). Muchos de estos niños desarrollan trastornos psicosomáticos tales como alergias,

TABLA 3
Repercusiones en los hijos de jugadores patológicos

VARIABLES ESTUDIADAS	ESTUDIOS
Relación paterno-filial alterada	Franklin y Thoms (1989) Gaudia (1987)
Desarrollo psicológico y emocional afectado	Lorenz (1987) Lorenz y Yaffe, (1988)
Modelo de rol empobrecido	Darbyshire, Oster y Carrig (2001) Gaudia (1987)
Falta de cariño y abandono	
Penurias económicas	
Desarrollo de conductas problemáticas	Franklin y Thoms (1989) Jacobs, Marston, Singer, Widaman, Little y Veizade (1989) Custer (1985)
Abuso psicológico y/o físico	Lesieur y Rothschild (1989)
Alteraciones físicas	Lorenz y Yaffee (1986)

asma, problemas digestivos crónicos o dolores de cabeza (Lorenz y Yaffee, 1986).

Además, no se debe olvidar que, generalmente, y debido a que el juego no sólo consume dinero, sino también tiempo, son escasos los momentos que el jugador dedica a sus hijos. En este sentido, no resulta extraño que éstos se sientan abandonados. Así, por ejemplo, en un estudio cualitativo llevado a cabo en Australia (Darbyshire, Oster y Carrig, 2001), con una muestra de 15 hijos de jugadores de entre 7 y 18 años, se pone de manifiesto la existencia de una sensación de pérdida en diversos ámbitos: sufrir la separación o divorcio de los padres, recibir menor atención por parte de los mismos y, especialmente, del padre jugador, sentirse abandonados o con falta de cariño, tener dificultades para cubrir necesidades básicas, etc. Además, los hijos de jugadores patológicos, que crecen en una atmósfera de carencia emocional, aislamiento, abuso paterno, rechazo, pobres modelos de rol y énfasis en el dinero, es probable que tengan igualmente vidas con problemas.

En este sentido, un dato que comienza a repetirse en la bibliografía existente es la presencia, entre los jugadores, de antecedentes familiares directos de problemas de juego y/o de alcoholismo. Custer y Milt (1985), en un análisis de los miembros de Jugadores Anónimos, señalaban que

existían historias de juego de hasta tres generaciones. Los estudios más actuales llevados a cabo en nuestro país coinciden en señalar la elevada frecuencia de antecedentes familiares de otras adicciones –ludopatía y alcoholismo, principalmente– entre los jugadores, con porcentajes que oscilan entre el 11% y el 40% (Becoña y Gestal, 1996; Bombín, 1992; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Sáiz, Moreno y López-Ibor, 1992). Sin embargo, estos datos deben interpretarse con cautela, ya que se han llevado a cabo de forma transversal con muestras de jugadores patológicos. Hasta la fecha, no existe ningún estudio longitudinal con hijos de ludópatas que muestre el porcentaje de los mismos que termina desarrollando un problema de juego o de cualquier otro tipo.

En suma, los hijos de los jugadores patológicos sufren en gran medida la problemática ligada al juego de sus padres. Sin embargo, con la excepción del estudio de Darbyshire *et al.* (2001) –único llevado a cabo específicamente con hijos de jugadores–, la mayor parte de los datos existentes proceden del testimonio de la pareja del jugador –habitualmente, la madre– y, en menor medida, de la observación clínica. Por ello es difícil extraer conclusiones concretas y definitivas sobre el alcance de las repercusiones del juego en los hijos.

REPERCUSIONES EN LOS PADRES

Las consecuencias del juego patológico sobre las personas de su entorno afectan principalmente al cónyuge y a los hijos. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un descenso en la edad de acceso al juego y cada vez son más frecuentes los casos de adolescentes que acuden a consulta por un problema de ludopatía. Se trata de jóvenes menores de 25 años, que no están casados y no tienen hijos. En estos casos son los padres y hermanos las principales personas que sufren los efectos del juego (Becoña, 1993; Heineman, 1989; Moody, 1989).

Los únicos datos existentes al respecto son, por una parte, las observaciones clínicas descritas por Lorenz (1987), quien, a partir de una muestra de 20 grupos de padres, señala la presencia de frecuentes disputas y de una relación de pareja deteriorada, como consecuencia de la adicción al juego de su hijo, y, por otra, el estudio, algo más completo, de Heineman (1989).

Más en concreto, Heineman (1989) observó el comportamiento de 126 padres durante las sesiones de tratamiento de sus hijos ludópatas. Los resultados de sus observaciones clínicas pusieron de manifiesto que el padre del jugador patológico era el primero en dar la espalda al hijo y a

su problema. La madre, en cambio, reaccionaba ante la posición del padre y apoyaba de forma más cercana al hijo jugador. Esta posición bipolar de los padres tenía como consecuencia que cada miembro de la pareja culpase al otro de la continuación del juego de su hijo.

Estos datos, carentes, por otra parte, de rigurosidad empírica, coinciden con la percepción clínica de los autores de este texto en el tratamiento del juego patológico. Cuando acude a consulta un adolescente con problemas de juego, los padres expresan una gran cantidad de cólera y de enojo ante la problemática existente en su hogar. Sin embargo, la principal emoción expresada por los padres es la culpabilidad. Ello permite la manipulación de la situación por parte del jugador adolescente para continuar jugando. Qué duda cabe que se trata de meras impresiones clínicas que deben contrastarse con investigaciones específicas sobre este tema.

CONCLUSIONES

En este texto se ha presentado una revisión de los estudios llevados a cabo con el objetivo de valorar las repercusiones psicológicas que el juego patológico provoca en la familia del jugador. El resultado de esta revisión es desalentador: no existen investigaciones rigurosas sobre esta problemática. La propia definición del juego patológico contempla la existencia de alteraciones familiares como consecuencia de la adicción al juego. Es curioso, cuando menos, que no exista ningún estudio serio sobre este aspecto.

Por otra parte es bien conocido por los psicólogos clínicos que trabajan con ludópatas el papel terapéutico tan importante que juega la familia en el proceso de recuperación. Este hecho ha comenzado incluso a ser objeto de análisis (*cf.* Federman, Drebig y Krebs, 2000; Garrido, Jaén y Domínguez, 2004). Sin embargo, en muchas ocasiones las repercusiones psicológicas que se observan en la familia impiden una colaboración adecuada en el tratamiento clínico del problema. De ahí la importancia añadida de conocer minuciosamente la situación familiar y, especialmente, de la pareja del jugador.

En cualquier caso, por lo que se refiere a la pareja afectiva del ludópata, los resultados de los escasos estudios llevados a cabo hasta la fecha muestran la existencia de repercusiones psicológicas y físicas importantes, muchas de ellas derivadas de la situación de estrés crónico que supone vivir con un jugador patológico. Sin embargo, excepto en el estudio de

Savron *et al.* (2003), no es posible señalar si estas alteraciones son o no mayores que las observadas en la población general, puesto que no se han utilizado grupos de control. Además se trata, en general, de trabajos un tanto imprecisos en cuanto al tipo de variables estudiadas y en cuanto a la sistematización de los datos recogidos. En muchas ocasiones son meras observaciones clínicas que, aunque importantes en el estado actual de la investigación sobre este tema, resultan claramente insuficientes para obtener conclusiones definitivas. Tampoco se debe olvidar que existe un sesgo claro en el tipo de muestras utilizadas: la mayoría de los estudios se han llevado a cabo con mujeres de jugadores varones. Ello impide conocer el alcance diferencial de las repercusiones en la pareja en función del sexo.

Por lo que se refiere a los hijos de los jugadores patológicos, la situación es, si cabe, más pobre. La revisión llevada a cabo muestra que los hijos no sólo sufren en gran medida la problemática ligada al juego de sus padres, sino que pueden desarrollar otro tipo de problemas de índole personal o, incluso, ver aumentado el riesgo de desarrollar una conducta adictiva igual o similar a la de los padres. Sin embargo, tampoco resulta posible extraer conclusiones claras sobre ello debido a la ausencia de estudios específicos. Además, al igual que ocurre con la pareja, los escasos datos existentes corresponden a hijos de ludópatas varones, por lo que se desconoce qué ocurre con los hijos de madres jugadoras.

Por último, la espectacular presencia de jugadores adolescentes en el ámbito clínico, aquejados de verdaderos problemas de juego, ha puesto de relieve la importancia de analizar la situación psicológica que se genera en la familia, tanto en los padres como en los hermanos del jugador.

En síntesis, el estudio de las repercusiones familiares constituye una parcela del juego patológico muy poco estudiada hasta la fecha. Sin embargo, resulta claramente necesario su estudio, ya que presenta repercusiones clínicas importantes para poder ofrecer un tratamiento integral de la ludopatía. Además, no se debe olvidar que en muchos de los tratamientos existentes hoy en día para el juego patológico se cuenta con la participación de la familia que, a modo de coterapeutas, colaboran en la intervención clínica (en el control del dinero, por ejemplo). Ello implica la necesidad de valorar en qué medida la familia está psicológicamente preparada para esta tarea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, D.A.; Cramer, S.L., y Sherrets, S.D. (1995). Pathological gambling and the family: practice implications. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Service*, abril, 213-219.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd. ed. rev.). Washington, DC. Author.
- Báez, C.; Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud* 5:289-305.
- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1997). Características de la mujer jugadora patológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2:21-34.
- Becoña, E., y Fuentes, M.J. (1994). *El juego patológico en Galicia evaluado con el South Oaks Gambling Screen*. Comunicación presentada en el "23rd. International Congress of Applied Psychology". Madrid, julio.
- Becoña, E., y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. *Psicothema* 8:13-23.
- Blaszczynski, A., y Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 14:51-71.
- Bombín, B. (1992). *El Juego de Azar. Patología y Testimonios*. Valladolid. Junta de Castilla y León.
- Crisp, B.R.; Thomas, S.A.; Jackson, A.C., y Thomason, N. (2001). Partners of problem gamblers who present for counselling: Demographic profile and presenting problems. *Journal of Family Studies* 7:208-216.
- Custer, R., y Milt, H. (1985). Compulsive gambling and the family. En: R. Custer y H. Milt (Eds.) *When Luck Runs Out*. New York. Facts on File.
- Darbyshire, P.; Oster, C., y Carrig, H. (2001). The experience of persuasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of Gambling Studies* 17:23-45.
- Echeburúa, E., y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En: J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (2003). Nuevas perspectivas en el tratamiento del juego patológico. *Thomson Psicología* 1:139-155.

- Federman, E.J.; Drebing, C.E., y Krebs C. (2000). *Don't leave it to chance, a guide for families of problem gambler*. Oakland. New Harbinger Publications.
- Fernández-Alba, A., y Labrador, F.J. (2002). *Juego patológico*. Madrid. Síntesis.
- Fernández-Montalvo, J.; Báez, C., y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 37:13-23.
- Fernández-Montalvo, J.; Báez, C., y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud* 11:5-14.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2001). Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica. *Psicología Conductual* 9:527-539.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders* 18.
- Franklin, J., y Thoms, D.R. (1989). Clinical observations of family members of compulsive gamblers. En: H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.). *Compulsive gambling: theory, research, and practice*. Lexington, Massachusetts. Lexington Books.
- Garrido, M.; Jaén, P., y Domínguez, A. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: un estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). *Apuntes de Psicología* 20:33-48.
- Garrido, M.; Jaén, P., y Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Gaudia, R. (1987). Effects of compulsive gambling on the family. *Social Work*, may-june, 254-256.
- Heineman, M. (1989). Parents of male compulsive gamblers: clinical issues/treatment approaches. *Journal of Gambling Behavior* 5:321-333.
- Heineman, M. (1994). Compulsive gambling: Structured family intervention. *Journal of Gambling Studies* 10:67-76.
- Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla. Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.
- Jacobs, D.F.; Marston, A.R.; Singer, R.D.; Widaman, K.; Little, T., y Veizade, J. (1989). Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behavior* 5:261-268.

- Korn, D.A., y Shaffer, H.J. (1999). Gambling and health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies* 15:289-365.
- Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual* 1:361-374.
- Legarda, J.J.; Babio, R., y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions* 87:767-770.
- Lesieur, H.R.; Blume, S.B., y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 10:33-38.
- Lesieur, H.R., y Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addictions* 83:765-771.
- Lesieur, H.R., y Rothschild, J. (1989). Children of Gamblers Anonymous members. *Journal of Gambling Behavior* 5:269-281.
- Lorenz, V.C. (1987). Family dynamics of pathological gamblers. En T. Galski (Ed.) *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL. Charles C. Thomas Publisher.
- Lorenz, V.C. (1989). Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler's recovery. *Journal of Gambling Behavior* 5:303-312.
- Lorenz, V.C., y Shuttlesworth, D.E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology* 11:67-76.
- Lorenz, V.C., y Yaffee, R.A. (1986). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gamblers. *Journal of Gambling Behavior* 2:40-49.
- Lorenz, V.C., y Yaffee, R.A. (1988). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior* 4:13-26.
- McCormick, R.A., y Ramírez, L.F. (1988). *Pathological gambling*. En: J.G. Howells (Ed.). *Modern perspectives in psychosocial pathology*, New York. Brunner/Mazel Inc.
- McCormick, R.A.; Russo, A.; Ramirez, L., y Taber, J. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry* 141:215-218.
- Moody, G. (1989). Parents of young gamblers. *Journal of Gambling Behavior* 5:313-320.

- Ramírez, L.F.; McCormick, R.A.; Russo, A.M., y Taber, J.L. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors* 8:425-428.
- Rodríguez-Martos, A. (1987). El juego... otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias. Barcelona. APAT, *Fons Informatiu* n° 12.
- Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al Programa DROSS. *Revista Española de Drogodependencias* 14:265-275.
- Sáiz, J.; Moreno, I., y López-Ibor, J.J. (1992). Ludopatía: estudio clínico y terapéutico-evolutivo de un grupo de jugadores patológicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 20:189-197.
- Secades, R., y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Savron, G.; Pitti, P., y De Luca, R. (2003). Stati dell'umore e tratti di personalita in un campione di giocatori d'azzardo patologici e dei loro familiari. *Rivista di Psichiatria* 38:247-258.
- Wexler, S. (1981). *A chart on the effects of compulsive gambling on wife*. Paper presented at the Sixth National Conference on Gambling and Risk-Taking. Atlantic City. December.

Correspondencia

Javier Fernández-Montalvo
Departamento de Psicología y Pedagogía
Universidad Pública de Navarra
Campus de Arrosadía
31006 Pamplona
Correo-e: fernandez.montalvo@unavarra.es

NORMAS PRESENTACIÓN TRABAJO

NORMAS ACEPTACIÓN DE TRABAJOS

REVISTA "SALUD Y DROGAS"

1. La revista "Salud y Drogas" aceptará trabajos de carácter empírico con rigor metodológico y trabajos de naturaleza teórica o de revisión, que estén relacionados con los objetivos generales de la revista.
2. Sólo se publicarán artículos inéditos, no admitiéndose aquellos que hayan sido publicados total o parcialmente ni los que estén en proceso de publicación. Se admitirán trabajos en español, inglés y francés.
3. El consejo editorial solicitará el asesoramiento de expertos independientes, quienes, valorando la calidad técnica y científica de los artículos, realizarán la correspondiente selección.
4. Los manuscritos se revisarán anónimamente. Con el fin de mantener dicho anonimato, en la primera página del texto sólo aparecerá el título del trabajo, sin los nombres de los autores. Éstos y sus filiaciones aparecerán en una hoja previa encabezada por el título. Los autores procurarán que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen.
5. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 folios incluidas figuras, tablas e ilustraciones, a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de tres cm y numeración en la parte superior derecha. En una hoja se incluirá un resumen (en español e inglés) no superior a 150 palabras. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores en blanco y negro o escala de grises del modo definitivo como deseen que aparezcan y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica a) Título, autores e institución a la que pertenecen, con la dirección del primer autor; b) Resúmenes en castellano e inglés; c) Texto organizado en 1) Introducción, 2) Método, 3) Resultados, 4) Discusión, 5) Referencias bibliográficas. Se utilizarán un máximo de siete palabras clave.

7. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication Manual of the American Psychological Association, 2001, 5ª edición).
8. Los artículos se remitirán a la redacción de la revista;
"Salud y Drogas"
 Instituto de Investigación en Drogodependencias
 Universidad Miguel Hernández
 Campus Universitario de San Joan d'Alacant
 Ctra. n-332 s/n. San Joan d'Alacant
 03550- Alicante- España
 Se enviarán tres copias escritas y disco (Microsoft Word para Windows). Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos en un plazo aproximadamente de tres meses aquellos no aceptados. Eventualmente, la aceptación definitiva podría depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor. Nunca los manuscritos serán devueltos a los autores.
9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la revista "Salud y Drogas", que no rechazará cualquier petición razonable por parte de los autores para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.
10. Se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista. Las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a experimentación animal como humana, así como en todo lo relativo a la deontología profesional.

REVISTA "SALUD Y DROGAS"

Edita: Instituto de Investigación de Drogodependencias

Depósito legal: MU-1.305-2001

ISSN: 1578-5319

Foto de portada por cortesía de la Dra. C. de Felipe (Instituto de Neurociencias, UMH)



Boletín de Suscripción



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Dirección de envío:

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ nº _____ Piso _____ Pta. _____

Población _____ D.P. _____ Prov. _____ País _____

Datos Profesionales _____

Titulación Académica _____ Especialidad _____

Centro de Trabajo _____ Cargo _____

Actividades profesionales privadas _____

Suscríbame a la REVISTA SALUD Y DROGAS _____



Instituto de Investigación de Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández
Carretera Valencia, s/n. • 03550 San Juan (Alicante)
Teléfono: 965 919 319/43 • Fax: 965 919 566
Web <http://inid.umh.es> • e-mail: inid@umh.es



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



GENERALITAT
VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT

DIRECCIÓ GENERAL D' ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA



INSTITUTO
DE INVESTIGACIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
Universidad Miguel Hernández