



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

9ª. Generación

2012 – 2013

Artículo de Revisión Sistematizada

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones

Tema:

**COMORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES EN JUGADORES
PATOLÓGICOS**

Alumno:

GABRIELA CONSTANTINO RODRÍGUEZ OCHOA

Asesor:

DR. MARIO GONZÁLEZ ZAVALA

Ciudad de México, 31 de marzo de 2014.

**COMORBILIDAD DE TRASTORNOS MENTALES EN JUGADORES
PATOLÓGICOS
COMORBITY OF ILLNES MENTAL IN LUDOPATHY**

SUMMARY

Pathological gambling has been regarded as a diagnostic entity since 1980, when it was included in the classifications of the American Psychiatric Association and the World Health Organization. The essential feature is the conduct of game maladaptativa (e.g. , loss of judgment and excessive play) in which the personal activities, family and work are affected. The comprehensive assessment psychological and psychiatric is necessary to make the diagnosis of pathological gambling, which may also support, in clinimetria itself *ex professo* to distinguish subtypes of players. The treatment of people with pathological gambling includes different types of psychosocial interventions, as well as psychotherapy and pharmacotherapy. The development of preventive measures among the population at risk, coupled with public awareness about early detection and timely pipe, as well as training and training of professionals in the area, are crucial strategies for dealing with this social phenomenon.

Key words: Prevention, Clinimetria, Pathological Gambling, subtypes, psychosocial, Psychotherapy

RESUMEN

La ludopatía ha sido considerada como una entidad diagnóstica desde 1980, cuando fue incluida en las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud. La característica esencial es la conducta de juego maladaptativa (v.g. pérdida del juicio y juego excesivo) en la que las actividades personales, familiares y laborales son afectadas. La evaluación integral psicológica y psiquiátrica es necesaria para realizar el diagnóstico de juego patológico, pudiéndose apoyar además, en clinimetría *ex professo* que permita diferenciar los subtipos clínicos de jugadores. El tratamiento para las personas con ludopatía incluye diferentes tipos de intervenciones psicosociales, así como psicoterapia y farmacoterapia. El desarrollo de medidas preventivas entre la población en riesgo, aunado a la concientización de la población sobre su detección precoz y su canalización oportuna, así como la capacitación y formación de profesionales en el área, son estrategias cruciales para afrontar este fenómeno social.

Palabras clave: Prevención, Clinimetría, Ludopatía, Subtipos clínicos, Psicosocial, Psicoterapia

INTRODUCCIÓN

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas.¹ El juego patológico esta caracterizado por patrón continuo de juego a pesar de las consecuencias adversas. Es crónico, progresivo, predominante en hombres y se estima una prevalencia en rango del 1 al 3.4% de población adulta en Estados Unidos.

Los estudios epidemiológicos revela que la legalización del juego es un factor de riesgo de gran importancia.^{2,3} La legalización, supone al menos la duplicación en la prevalencia de la ludopatía entre adolescentes y un incremento en el número de jugadores problemáticos.⁴ Otros factores de riesgo es la participación en juegos de azar en la infancia, la adolescencia o al inicio de la edad adulta,⁵ la situación laboral precaria,⁶ el alcoholismo paterno,^{7,8} tener padres jugadores⁹ y la existencia de ganancias en la fase inicial del fenómeno como potencial factor desencadenante, o al menos coadyuvante (reforzador) en la aparición del trastorno en casi la mitad de los jugadores.⁹

En la actualidad, el juego patológico representa un grave problema social que afecta a miles de personas en nuestro país, incluso se calcula que existen 2 millones de mexicanos que lo padecen y que provoca en los afectados importantes problemas personales, familiares, laborales y económicos. En México, la Ley Federal de Juegos y Sorteos permite la presencia de centros donde se juegan números, como el “*Yak*” o “*Bingo*”, así como los centros de apuestas remotos, aquellos locales en donde se cruzan apuestas sobre actividades deportivas transmitidas en vivo, también conocidos como “*Books*”.

CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

El auténtico reconocimiento del juego patológico (ludopatía) como una entidad nosológica propia, se sitúa en 1980 cuando la American Psychiatric Association (APA) la introdujo bajo la denominación de «juego patológico» en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III).¹⁰ La Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en la novena revisión de su Clasificación Internacional de Enfermedades,¹¹ la incluyó, sin embargo como una categoría diagnóstica en la siguiente revisión, la CIE-10.^{12,13} Antes de la aparición del DSM-III, los autores que estudiaban este trastorno se referían a él con distintos nombres: juego neurótico,¹⁴ juego compulsivo,^{15,16} juego excesivo,¹⁷ juego adictivo,¹⁸ y también juego patológico.¹⁹

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

trastornos, como los afectivos, en el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos y, sobre todo, con la dependencia de sustancias.

Como grupo, los trastornos del control de los impulsos comparten una serie de características:²⁰

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

Por su parte, el DSM-IV-TR considera que los problemas con el juego pueden observarse en individuos con trastorno antisocial de la personalidad, y si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos. Sin embargo, incluye en sus criterios la exclusión del diagnóstico de juego patológico cuando dicho comportamiento aparece sólo durante un episodio maníaco.

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

MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS RELACIONADOS A SU ETIOPATOGENIA

Desde que la ludopatía empezó a reconocerse como un trastorno patológico, se empezaron a desarrollar diversas líneas de investigación neurobiológica en un intento de conocer sus mecanismos etiopatogénicos. Algunas líneas suponen la implicación de mecanismos serotoninérgicos, con evidencia a partir de la afinidad nosológica del juego con otros trastornos en el control de los impulsos; otra señala al *arousal* (nivel de activación) y el rasgo temperamental «dependencia a la recompensa», que sustentan la hipótesis de una alteración del sistema noradrenérgico; a su vez, otras que hacen hincapié en la relación de la ludopatía

con los trastornos adictivos, y que señalan la implicación de las vías dopaminérgicas; otras hipótesis con implicaciones etiopatogénicas como la que considera la ludopatía como un trastorno del estado de ánimo, o la que la incluye en el espectro obsesivo/compulsivo. Además, se ha contemplado el posible papel que algunos factores genéticos pueden tener como predisponentes en el desarrollo del juego patológico. Por ejemplo, Shah et al.²¹ en un estudio de gemelos reportó evidencia de transmisión genética en hombres. Black et al.²² mostró que los familiares de primer grado con juego patológico presentaban tasas más altas de juego patológico así como abuso de sustancias. Scherrer et al.²³ en un estudio de corte con gemelos, observó que el juego patológico se encontró asociado con disminución significativa la calidad de vida. Esta asociación puede ser explicada por algunos factores genéticos y ambientales-familiares no especificados.²⁴

Existen cuatro circuitos cerebrales que han sido implicados en el desarrollo del comportamiento adictivo, los cuales también han sido estudiadas en los jugadores patológicos: a) el circuito de recompensa: *núcleo accumbens*, b) el circuito de motivación: corteza orbitofrontal, c) de memoria y aprendizaje: amígdala e hipocampo y d) el circuito de control: corteza prefrontal dorso lateral y giro anterior del cíngulo.²⁵

Respecto a la contribución de los estudios de imagen, se ha mostrado por resonancia magnética funcional (*fRM*), que jugadores patológicos durante los juegos de adivinar muestran una reducción en la activación de la corteza prefrontal ventromedial y ventroestriatal e hipoactivación de estas áreas, ligada a la severidad del trastorno.²⁶ De acuerdo a Kalivas y Volkow la proyección glutamatérgica de la corteza prefrontal al núcleo accumbens es la vía final de el comportamiento de búsqueda de sustancias y conductas ludópatas.²⁶

Bechara et al.²⁷ reportó que pacientes que tenían disfunción en áreas de susceptibilidad como la amígdala tenían bajo desempeño en pruebas de juego, deduciéndose que la amígdala temporal podría estar alterada en el juego patológico, así como también un deterioro en la función de la corteza orbitofrontal relacionado con falla en las funciones ejecutivas, lo cual concuerda con la disfunción reportada de la corteza orbitofrontal y prefrontal dorsolateral en los jugadores patológicos.²⁸

En cuanto a los sistemas de neurotransmisión, han sido implicados en los mecanismos neurocognitivos del estado de alerta, iniciación del comportamiento y desinhibición (relacionados con serotonina), la recompensa y reforzamiento (relacionados con la dopamina).²⁹ También se han reportado niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético y baja actividad de la enzima monoamino-oxidasa en las plaquetas de éstos sujetos.^{30,31} De igual manera se ha implicado al sistema de receptores opioides μ en la urgencia por el juego, experimentando placer y recompensa como disparador clínico en la pérdida del control de impulsos. Los

agonistas de los receptores opioides tienen su acción terapéutica a través de la modulación del GABA.³²

Recientemente, se ha reportado toxicidad de los agonistas del receptor de dopamina en pacientes con enfermedad de Parkinson que presentan *de novo* juego patológico y otros estudios controlados con agonistas para el receptor de dopamina no mostraron eficacia en la reducción del juego.³³ Ibañez et al.³⁴ demostró que el gen del receptor de dopamina D2 (DRD2) podría tener asociación genética para trastornos psiquiátricos comórbidos en el juego patológico.

TEORÍAS PSICOSOCIALES

Dentro del contexto social y psicológico, las distintas corrientes han ofrecido teorías explicativas del juego patológico, según su propia orientación. Los psicoanalistas fueron los primeros en intentar explicar el origen de la ludopatía. Entre las últimas aportaciones desde esta perspectiva,³⁵ se ha señalado que el narcisismo era uno de los rasgos de la personalidad más destacados en los ludópatas. Los autores conductistas han intentado explicar el desarrollo de este trastorno como una conducta aprendida, resultado de un proceso de refuerzo. Para algunos autores, el elemento reforzador es el incentivo económico, al menos en las etapas iniciales.² Skinner señaló en relación con los refuerzos, que la variabilidad e imprevisibilidad en los mismos eran características destacadas que contribuían a potenciar dicho refuerzo y a perpetuar una conducta aprendida.^{36,37}

Otros autores han señalado que el verdadero elemento reforzante en el juego patológico no es externo (el incentivo económico), sino interno y estaría constituido por el estado de excitación que el juego es capaz de provocar en el sistema nervioso central, de forma que una vez experimentado llevaría al jugador a buscarlo de nuevo a pesar del deterioro social y personal en el que se acaba involucrando.^{36,37} Para otros autores, lo esencial para explicar el mantenimiento del juego patológico es la puesta en marcha del llamado «*mecanismo de ejecución conductual*», según el cual una vez que una conducta se ha convertido en habitual, cualquier estímulo relacionado con la realización de dicha conducta, ya sea interno (pensar en jugar) o externo (entrar en los bares donde habitualmente se juega, escuchar el ruido de las monedas saliendo de la máquina, etc.), provoca en el individuo la necesidad de llevar a cabo dicha acción, de forma que si ésta no se completa se provoca un intenso malestar subjetivo. De esta forma, la evitación de estados fisiológicos negativos es lo que llevaría al jugador a involucrarse en las actividades de juego, a pesar de sus consecuencias negativas.^{38,39}

El papel que las distorsiones cognitivas tienen en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico se ha señalado como fundamental por numerosos autores. El juego fomenta la «*ilusión de control*» por parte del sujeto y la percepción de sí mismo como elemento capaz de intervenir en sus resultados, a la vez que se van desarrollando una serie de pensamientos irracionales relacionados con el juego. A

este proceso contribuyen la posibilidad de obtener un premio.²⁰ Cuando el jugador gana, se refuerzan sus creencias sobre la posibilidad de seguir ganando. Cuando pierde, sobre todo en las primeras apuestas, el jugador ha aprendido que a veces se pierde y tiende a pensar que se encuentra en esa situación, pero que «*la racha*» va a cambiar⁴⁰. Otro pensamiento irracional o distorsionado en los jugadores patológicos se refiere a la evaluación sesgada de los resultados del juego, que contribuye a potenciar los pensamientos irracionales, ya que tienden a recordar las ganancias de forma selectiva y a sobrevalorarlas, mientras que infravaloran las pérdidas y las olvidan o les dan alguna explicación.⁴¹ Es probable que este tipo de distorsión cognitiva explique en algunos casos la historia de «*ganancias iniciales*» que muchos ludópatas refieren en la etapa previa al desarrollo del trastorno. Las teorías explicativas que integran las aportaciones de los modelos conductuales y cognitivos son en la actualidad las que desde el punto de vista psicológico presentan un mayor crédito en la explicación de la aparición y mantenimiento del juego patológico.⁴²

EL JUEGO PATOLÓGICO Y LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

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

Asimismo, se ha señalado que la implicación progresiva del jugador patológico en las conductas relacionadas con el juego, con una mayor dedicación de tiempo ya sea en el propio juego o en conseguir dinero para éste o para pagar las deudas, provoca la eliminación de otras áreas de intereses y actividades que hasta entonces eran consideradas importantes para el individuo.⁴³ Como ocurre con otras conductas adictivas, el jugador patológico persiste en su comportamiento a pesar de las consecuencias negativas y los conflictos que éste provoca en el ámbito personal, familiar, laboral y social del individuo, que por lo general se encuentran profundamente afectados.⁴⁴

SUBTIPOS DE JUEGO PATOLÓGICO

El juego patológico puede ser clasificado de acuerdo a uno de los tres subtipos^{45,46}: a) Impulsivo, b) Obsesivo/Compulsivo y c) Adictivo.

El subtipo Impulsivo es más frecuente en hombres jóvenes adultos que adoptan decisiones y comportamientos riesgosos; con poca habilidad para planear por lo que presentan mayor severidad de los síntomas comparado con los otros subtipos, además experimentan con gran intensidad la urgencia de juego y cursan frecuentemente con pensamientos relacionados al mismo. Se propone que este subtipo, presenta grandes pérdidas monetarias en una sola ocasión y cursa además con comorbilidad de trastornos del control de impulsos (compras compulsivas, conductas sexuales compulsivas y trastorno explosivo intermitente). Representa del 10 al 15% de los jugadores patológicos. Se ha observado alta comorbilidad con TDAH y con consumo de alcohol y/o otras sustancias de abuso. Así mismo, se han reportado estudios neuropsicológicos con déficit en el lóbulo frontal y el sistema de recompensa por lo que se cree, que existe una probable disfunción ejecutiva como factor importante en este subtipo. Su manejo es a base de estabilizadores del estado del ánimo. Algunos autores, sugieren iniciar con estabilizadores por 8-10 semanas como ácido valproico, topiramato, lamotrigina o bien con litio. Si la monoterapia con estabilizadores del ánimo no es efectiva, iniciar con antidepresivos del tipo ISRS o ISRN (nefazodona, trazodona) por 6-8 semanas. Si no se observa mejoría, entonces cambiar el antidepresivo y agregar naltrexona o nalmefene al estabilizador de ánimo.

El subtipo Obsesivo/Compulsivo comprende aproximadamente el 20 al 25% de los jugadores patológicos. Tiende a iniciar el padecimiento posterior a una experiencia traumática como divorcio, síndrome del *nido vacío*; observándose mayores tasas de depresión, ansiedad, disforia y conductas maladaptativas comparada con los hombres. Se ha propuesto que este subtipo predomina en mujeres que inician los síntomas en la edad media. Este subtipo corresponde al *alcohólico tipo A* el cual se caracteriza por inicio más tardío en el consumo de alcohol, presentando menor severidad en su consumo, menos psicopatología y mejor respuesta a los ISRS. Su manejo se puede iniciar con ISRS y si no responde al antidepresivo, se sugiere cambiar de ISRS o bien, iniciar con estabilizadores del ánimo. Si estos dos combinados no son efectivos, será menester cambiar a naltrexona. Finalmente, el subtipo Adictivo que representa al 50-60% de los pacientes con juego patológico, los cuales cursan con moderada severidad ya que al igual que el subtipo obsesivo, tienden a gastar menores cantidades de dinero por ocasión. Presentan comorbilidad con consumo de alcohol (abuso o dependencia) y con deterioro en las funciones ejecutivas, principalmente en la toma de decisiones. Su tratamiento propuesto es iniciar con bupropión y si no responde, cambiar a

naltrexona o nalmefene. En caso de no ser efectivo este manejo, agregar un ISRS o estabilizador del ánimo

EL JUEGO PATOLÓGICO EN COMORBILIDAD

La ludopatía además de ser un factor de riesgo para el desarrollo del juego patológico,⁴⁷ representa un factor condicionante para la elección del tratamiento más adecuado y el pronóstico del trastorno. Es probable, además, que los jugadores patológicos que buscan ayuda presenten con mayor frecuencia comorbilidad psiquiátrica, siendo ésta un factor que puede favorecer la búsqueda de tratamiento. En esta línea, Crockford y El-Guebaly observaron una mayor prevalencia de abuso de alcohol y drogas en esta población de jugadores patológicos, siendo este tipo de trastorno el que más claramente se encuentra presente.⁴⁸ También se ha informado sobre una mayor frecuencia de trastornos afectivos asociados,⁴⁹ una mayor incidencia de comportamientos autolesivos y más acontecimientos traumáticos en la historia personal.^{50,51}

Los trastornos por uso de sustancias, son los trastornos que con más frecuencia se encuentran asociado en la ludopatía según una revisión de 60 estudios publicados.⁴⁸ Algunos autores encuentran una prevalencia entre el 10 y 15%, sin embargo, se ha encontrado hasta en 40-50% de abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.²⁴ En muestras de pacientes alcohólicos, la prevalencia del juego patológico se ha estimado entre 5-20%.⁵² En los estudios sobre mujeres ludópatas del grupo de Lesieur, el 24% se consideraban a sí mismas compradoras compulsivas, el 20% reconocían comer de forma compulsiva y el 12% eran posibles adictas sexuales.⁵³

En cuanto a los trastornos afectivos, el estudio de Linden et al. (1986) mostró una alta prevalencia de episodios depresivos en jugadores patológicos, asimismo de manía e hipomanía.⁵⁴ Se ha destacado que los estudios que refieren una mayor incidencia de cuadros depresivos en jugadores patológicos, se basan en muestras clínicas y parece que es la situación extrema creada por el juego la que lleva a estos individuos o a sus familias a solicitar tratamiento, lo que explicaría la mayor incidencia de sintomatología depresiva, ideación suicida o comportamientos autolesivos en este subgrupo al compararlo con los jugadores patológicos que no buscan ayuda.⁵⁰ Respecto a los trastornos de ansiedad, la comorbilidad es una cuestión poco estudiada. Lo que sí parece claro, es que los jugadores suelen presentar niveles altos de ansiedad cuando acuden a buscar ayuda por su trastorno.⁵⁵ En relación a la comorbilidad con otros trastornos en el control de los impulsos, Specker et al. (1995) han encontrado que el 35% de los jugadores cumplían criterios diagnósticos para al menos otro trastorno de control de los impulsos.⁵⁶ McCormick et al. encontraron que el 12% de los jugadores patológicos estudiados había realizado un intento autolítico potencialmente letal.⁵⁷

Finalmente, se señala que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de diversas adicciones y también del juego patológico en el adulto. La relación entre el juego patológico y el TDAH sugerida por Carlton et al. se basa en los resultados de algunos estudios: a) antecedentes en ludópatas de haber presentado durante la infancia conductas relacionadas con dicho trastorno; b) en evaluaciones neuropsicológicas se encuentran en ambos trastornos alteraciones similares.^{58,59}

IMPLICACIONES DEL JUEGO PATOLÓGICO

Se ha reportado aislamiento social, agresividad, autoestima disminuida y sentimientos de culpa. El juego sano lleva a que los individuos se conduzcan libremente, mientras en el juego patológico se pierde la capacidad de obrar libremente y de decidir, y se empieza a depender del juego para mejorar los estados de ánimo del sujeto. Asimismo, sufren distintos trastornos psicosomáticos, con un mayor predominio en mujeres que hombres; estos son trastornos del aparato digestivo y alteraciones del ciclo vigilia-sueño, insomnio, trastornos cardiovasculares, cefaleas, migrañas, debilidad, sudoración, fiebre, palpitaciones, dolores musculares, temblores, calambres, dificultad para respirar.

En Estados Unidos, el *National Opinion Research Center* cuantificó por lo menos una parte de los costos ocultos y estimó que los jugadores patológicos y problemáticos le cuestan a la sociedad alrededor de \$5 mil millones al año en “productividad reducida, servicios sociales y pérdidas sufridas por acreedores”.

La ludopatía podría afectar del 1 al 5% de la población adulta. Los expertos definen a los jugadores patológicos como aquellos que pierden un promedio de \$4,013 al año, mientras que los jugadores problemáticos pierden un promedio de \$699 al año, sin embargo estos datos económicos son difíciles de “aterrizar” en los países donde el ingreso per cápita es menor como es el caso de México en donde independientemente del monto del dinero perdido se diagnostica por la conducta en sí.

ACERCA DE MECANISMOS PREVENTIVOS

En México no existen campañas ni medidas preventivas. En Estados Unidos, varios estados cuentan con asistencia telefónica para los jugadores compulsivos, se han implantado programas educativos y preventivos para auxiliar a aquellas personas que padezcan algún tipo de desorden psicológico que les provoque adicción a este tipo de actividades. Se establece que cualquier persona menor de 21 años no podrá jugar, permitírsele jugar, cruzar apuestas u obtener ganancias, ya sea directamente o a través de un representante, ni ser empleado de algún establecimiento de ese tipo. Además se dispone de una sanción económica para cualquier que permita que un menor juegue o la pena de la privación de la libertad por más de 6 meses. En Venezuela, se establece que en la publicidad no se

podrán usar frases que inciten al público a jugar en forma desmedida. Las pautas publicitarias deberán contener una leyenda con una connotación implícita de que el juego genera efectos negativos. En Alemania y Australia la edad para tener acceso a los casinos establecida por la ley es de 21 y 18 años, respectivamente. En diferentes países, las autoridades responsables de controlar los casinos han diseñado una estricta normatividad, así como fórmula de monitoreo de movimientos financieros. Una vez que los casinos detectan a los jugadores problema o patológicos, los canalizan en una línea telefónica de ayuda para orientarlos.

En cuanto a la prevención se puede incluir: a) Asistencia telefónica para los jugadores compulsivos, b) Programas educativos y preventivos para auxiliar a aquellas personas que cuenten con algún factor psicológico o trastorno psiquiátrico que les ponga en riesgo para desarrollar una adicción a este tipo de actividades, c) Límite de edad que varía entre 18 y 21 años según el país que incluya, además, sanción penal o económica, d) Publicidad y promoción de casinos que no inciten al público a jugar en forma desmedida, e) Estricta normatividad, con supervisión y monitoreo de movimientos financieros, con reglas semejantes a las usadas por centros que manejan flujos monetarios (p.ej. bancos, casas de bolsa), f) Cuando se apuesten más de 10,000 dólares, sería necesario hacer un reporte a las autoridades, y g) Cuando se detecten jugadores problema o patológicos deberán ser canalizados en una línea telefónica de ayuda.

INSTRUMENTOS DE ESCRUTINIO Y DIAGNÓSTICO

La evaluación y la entrevista del paciente con ludopatía suponen una alteración sustancial de la adaptación familiar, laboral, económica y social del sujeto. Asimismo la relación entre juego patológico y otros trastornos psicopatológicos es muy estrecha. Todo ello hace imprescindible, desde la perspectiva de una evaluación integradora, el análisis conjunto de todos estos ámbitos, sin limitarse exclusivamente a las conductas de juego. Una limitación importante en la evaluación del jugador patológico es la fiabilidad de los datos que el paciente proporciona. Resulta necesario contrastar, en la medida de lo posible, la información que aporta el jugador con la que pueden aportar personas significativas en la vida de éste. Por lo que se refiere a los problemas asociados al juego patológico, los aspectos más importantes que deben ser objeto de evaluación son los trastornos de ansiedad, depresivos, autoestima, la adaptación, el consumo de alcohol y sustancias, el apoyo social y la relación de pareja. Por otro lado, es conveniente averiguar las expectativas de cambio que tiene el jugador cuando acude al tratamiento, así como el grado de satisfacción con la terapia recibida al finalizar la misma. En concreto, la satisfacción con el tratamiento se ha mostrado ser una variable predictora de éxito terapéutico.⁶⁰

Algunos de los instrumentos y procedimientos que se utilizan en la evaluación de aquellas personas que presentan un diagnóstico de juego patológico, son: a)La **Entrevista Estructurada de la Historia de Juego**,⁶¹ b)El **Gambling Severity Index**.⁵³ (que permite valorar la gravedad del juego patológico y que se trata de una versión abreviada del *Addiction Severity Index* adaptada a los problemas relacionados con el juego que aparecen más frecuentemente en este tipo de pacientes, c)El **Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks** (SOGS)⁶² (que es un autorreporte consistente en un cuestionario de 20 ítems elaborado con arreglo a los criterios del DSM III (APA). Una limitación del SOGS es que las preguntas tienen carácter atemporal y que, por ello, no es sensible al cambio terapéutico; d)El **Cuestionario Breve de Juego Patológico** (C BJP)⁶³ es un cuestionario de escrutinio que consta de 4 ítems. Está basado en la versión española del Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS). Gracias a su brevedad, es una prueba que puede ser intercalada en la historia clínica habitual de pacientes aquejados de problemas médicos o de trastornos de conducta diversos y detectar así de forma temprana una dependencia al juego; e)El **Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego**⁶⁷ consta de 5 ítems que evalúan la presencia de conductas alteradas específicas del juego patológico y el nivel de gravedad en el caso de que estén presentes. Existen dos versiones (una para el paciente y otra para el familiar), lo que permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente. f)El **Inventario de Pensamientos** sobre el Juego⁶¹ consiste en un listado de 27 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del jugador patológico. Este inventario ha mostrado tener una alta capacidad para detectar los sesgos cognitivos que presenta los jugadores. Se trata, pues, de un instrumento útil para evaluar los principales sesgos cognitivos que caracterizan a los ludópatas. g)El **Autorregistro de Juego**⁶¹ recoge datos sobre fecha, hora, pensamientos, lugares y tiempo empleado, sobre el tipo de juego, la compañía y el dinero gastado, así como sobre las consecuencias experimentadas. Permite detectar las circunstancias individuales que ponen en marcha la conducta de juego, así como las consecuencias derivadas de dicha conducta y h)El **Cuestionario Lie-Bet**⁶⁴, es un instrumento de escrutinio de tan sólo dos preguntas en las que se indaga si el sujeto ha sentido la necesidad de apostar cada vez más o si ha mentado a personas significativas sobre cuánto dinero gasta en el juego.

TRATAMIENTO

En relación a la asistencia terapéutica institucional, no se cuenta con infraestructura ni personal entrenado *ex professo* para la atención de la ludopatía en nuestro país. Uno de los argumentos que se ha utilizado para hacer hincapié en la semejanza del juego patológico con el resto de las conductas adictivas, es la respuesta favorable al tratamiento aplicado en otras dependencias y sobre todo

los modelos de tratamiento psicoterapéutico, incluyendo el modelo de Jugadores Anónimos. Las intervenciones con técnicas de modificación de la conducta se han indicado como las más eficaces.⁶⁵ La mayor eficacia se atribuye a los tratamientos que incluyen psicoterapia de grupo, con un plan de trabajo en el que se combine la intervención conductual junto a técnicas de reestructuración cognitiva.⁶⁶

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

Con respecto al tratamiento del juego patológico, si bien son abundantes las técnicas empleadas, resultan escasos los estudios publicados en los que se compare la eficacia comparativa de distintas aproximaciones terapéuticas. Las técnicas mejor estudiadas hasta la fecha son la desensibilización imaginada y la exposición *en vivo* con prevención de respuesta junto con el control de estímulos. El resto de las técnicas, han caído en desuso, o bien remiten a estudios de casos.^{67,69}

La utilización de técnicas reductoras de ansiedad (la desensibilización sistemática principalmente) está estrechamente relacionada con el «mecanismo de ejecución conductual» como teoría explicativa del mantenimiento del juego.⁶⁹ La hipótesis plantea que en el cerebro se establece un mecanismo neurofisiológico de ejecución de una conducta cuando dicha conducta se convierte en habitual. El mecanismo es activado cuando la persona está en presencia de estímulos que precedieron la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta. Si la conducta no es completada cuando el sujeto es estimulado para llevarla a cabo, el mecanismo de ejecución conductual produce un aumento de la activación y por tanto de tensión subjetiva.

En un estudio de revisión de resultados terapéuticos a largo plazo,⁷⁰ se confirma la potencialidad terapéutica de la desensibilización imaginada. En un estudio de Echeburúa et al.⁷¹ se compara la eficacia diferencial de tres modalidades terapéuticas con el objetivo de la abstinencia del juego: a) tratamiento individual del control de estímulos y exposición *en vivo* con prevención de respuesta; b) terapia de grupo cognitivo/conductual y c) una combinación de ambas modalidades terapéuticas. Se escogieron a 64 jugadores (de máquinas tragamonedas) con un tratamiento de 6 semanas y se utilizó un grupo control. En los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento no aparecieron diferencias significativas entre las tres modalidades terapéuticas. No obstante, en el seguimiento realizado a los 6 meses se observaron diferencias significativas entre los grupos. En la comparación de los éxitos con los fracasos, el tratamiento individual es homogéneo al tratamiento grupal y significativamente mejor que el grupo de control. Entre el tratamiento combinado y el grupo de control no hay

diferencias significativas. En el estudio de seguimiento posterior de Echeburúa et al.⁷² se informa de los datos sobre esta investigación correspondiente al seguimiento de los doce meses.

La terapia cognitiva es otra de las opciones terapéuticas efectivas que pueden ser utilizadas. Se ha señalado que los jugadores patológicos cometen diversos errores cognitivos, como la creencia en una habilidad especial para jugar, distintos tipos de supersticiones, el recuerdo selectivo de las ganancias, etc. En algunos casos se ha demostrado la eficacia de las técnicas cognitivas.^{73,74} En la práctica clínica, las técnicas cognitivas forman parte de un programa de tratamiento en el que se utilizan también técnicas conductuales y estrategias de prevención de recaídas.

Dentro del abordaje, la terapia farmacológica tiene una gran relevancia. Las alternativas farmacológicas actuales en el tratamiento del juego patológico se justifican por la supuesta existencia de un trastorno químico subyacente relacionado con el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales y probablemente con la disminución del nivel de serotonina del líquido cefalorraquídeo.⁷⁵ El empleo de los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) está basado en el concepto de incidir sobre el pobre control de impulsos y el espectro obsesivo/compulsivo.^{76,77} Con respecto al uso de los estabilizadores del ánimo y/o anticomiciales, a pesar de que varios investigadores refieren que no hay evidencia clara sobre su utilidad, para algunos otros manifiestan mejoría sobre impulsividad, disminución de la disforia y del *craving* por el juego.^{78,79} Por otro lado, hacemos hincapié en que los grupos de ayuda mutua son de gran importancia ya que forman parte del abordaje terapéutico desde que el modelo de Jugadores Anónimos surgió por primera vez en Los Ángeles en 1957 y está inspirado en los principios y la estructura de Alcohólicos Anónimos, siguiendo la metodología de los 12 pasos.⁸⁰ La eficacia de los grupos de ayuda mutua como forma de tratamiento no está bien establecida. No obstante, la asistencia a Jugadores Anónimos en combinación con ayuda profesional, parece potenciar la abstinencia en el juego y la calidad de vida de los pacientes.⁵⁰ En México existen contados grupos de este tipo, concentrados la mayoría en el Distrito Federal y el área metropolitana.

CONCLUSIONES

Desde que se legalizó el juego en nuestro país, han aparecido gran cantidad de juegos de azar y a medida que se va promocionado este tipo de juego, la sociedad ha quedado expuesta a que se incremente la incidencia del juego patológico, que la población no identifica como un verdadero trastorno del comportamiento. Esta falta de conciencia y las dificultades que se presentan en el tratamiento de los jugadores, hace evidente un incremento en la demanda de tratamiento de este tipo de pacientes, sin que contemos con una infraestructura específica para proporcionar los servicios asistenciales y de rehabilitación necesarios.

Por ello, más allá de sugerir la creación de centros especializados en el tratamiento de jugadores patológicos, considero menester el desarrollar medidas preventivas para disminuir la incidencia de conductas riesgosas asociadas al juego, el concientizar a la población sobre su detección y canalización oportuna; así como la capacitación y formación de profesionales en el área que prodiguen tratamientos basados en evidencias sobre los procedimientos y técnicas que en la actualidad han demostrado efectividad clínica.

Finalmente, en cuanto a mi formación como psicóloga clínica, me ha permitido valorar y asociar el conocimiento desde un punto de vista integral de las estructuras cerebrales y mecanismos bioquímicos subyacentes a este trastorno, lo cual me ha brindado tener un bagaje más amplio de la complejidad que encierra el juego patológico. Así, como la íntima relación que tiene las intervenciones psicosociales en función de los diversos tipos de ludopatía, como lo son:

a) El Subtipo Impulsivo, presente en población joven y masculina en la cual no hay gran planeación de la jugada. Me permite observar la relevancia de llevar a cabo intervenciones conductuales con la finalidad de abatir o postergar el impulso y con ello, la pérdida instantánea del capital presupuestado para jugar; así como intervenciones con técnicas de modificación de la conducta. Requieren además tratamiento farmacológico para el control de los impulsos lo cual sin duda, facilitará el abordaje psicoterapéutico que yo realice.

b) El Subtipo Obsesivo/Compulsivo, observado principalmente en mujeres de mediana edad o en adultas mayores, donde el común denominador representa a mujeres solteras, divorciadas, jubiladas o pensionadas y con hijos que viven ya independientes, donde el jugar es un pasatiempo y requieren reestructurar sus vidas y por ello, se sugiere acompañamiento y de terapia de apoyo para que les pueda yo ayudar a manejar de manera más asertiva la soledad o el desempleo y que sus relaciones interpersonales a nivel social, familiar o de pareja se vean reestructuradas, en base a la psicoterapia y a su manejo con antidepresivos o ansiolíticos.

c) El Subtipo Adictivo. Donde el patrón de juego es similar a cualquier otra conducta adictiva presentando inicialmente tolerancia y posteriormente abstinencia. Éste patrón me lleva a implementar intervenciones más específicas en el cual además de psicoterapia, queda claro que requiere psicofármacos. Así mismo, intervenciones psicosociales más estrechas, enfocadas hacia la reducción del daño, así como acercamientos cognitivo/conductuales y el sugerir los grupos de ayuda mutua o bien, prodigar terapia grupal. Además considero relevante las intervenciones a nivel familiar para darle contención, psicoeducación y lograr la participación de todo el núcleo familiar durante la rehabilitación del sujeto. Me agrada el juego patológico porque representa un importante reto terapéutico en mi carrera profesional.

REFERENCIAS

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

19. Moran E. Clinical and social aspects of risk-taking. *Proc Roy Soc Med* 1970;63:1273-5.
20. Ibáñez, A. Saiz, J. La ludopatía: una «nueva» enfermedad. Masson. Barcelona, 2001.
21. Shah KR, Eisen SA, Xian H, et al. Genetic studies of pathological gambling: a review of methodology and analyses of data from the Vietnam era twin registry. *J Gambl Stud* 2005; 21 (2):179-203.
22. Black DW, Monahan PO, Temkit M, et al. A family study of pathological gambling. *Psychiatry Res* 2006; 141 (3): 295-303.
23. Scherrer JF, Xian H, Shah KR, et al. Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (6): 677-83
24. Cusack JR, Malaney KR, DePry DL. Insights about pathological gamblers. «Chasing losses» in spite of the consequences. *Postgrad Med* 1993;9:169-76.
25. Reuter J, Raedler T, Rose M, et al. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat Neurosci* 2005; 8 (2): 147-8
26. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (8): 1403-13
27. Bechara A. Neurobiology of decision-making: risk and reward. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2001; 6 (3): 205-16
28. Brand M, Kalbe E, Labudda K, et al. Decision-making impairments in patients with pathological gambling. *Psychiatry Res with double-blind discontinuation. Int Clin Psychopharmacol* 2005; 133: 91-9
29. Zald DH, Boileau I, El-Dearedy W, et al. Dopamine transmission in the human striatum during monetary reward tasks *J Neurosci* 2004; 24 (17): 4105-12
30. Nordin C, Eklundh T. Altered CSF 5-HIAA disposition in pathological male gamblers. *CNS Spectr* 1999; 4: 25-33
31. Carrasco JL, Saiz-Ruiz J, Hollander E, et al. Low platelet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Psychiatr Scand* 1994; 90 (6): 427-31
32. Grant JE, Kim SW, Potenza MN. Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud* 2003; 19 (1): 85-109
33. Grant JE, Williams KA, Kim SW. Update on pathological a gambling. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8 (1): 53
34. Ibanez A, Blanco C, Donahue E, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (10): 1733-5

35. Rosenthal RJ. The pathological gambler's system for self-deception. *J Gambl Behav* 1986;2:108-20.
36. Skinner BF. *Science and human behaviour*. New York: McMillan Publishing Co, 1953.
37. Brown RIF. Arousal and sensation seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *Int J Addict* 1986;21:1101-16.
38. Blaszczynsky AP, Wilson A, McConaghy N. Sensation seeking and pathological gambling. *Br J Addict* 1986;81:113-7.
39. McConaghy N, Armstrong MS, Laszczynsky AP, Allock C. Behaviour completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behav Modif* 1988;12:371-84.
40. Gabury A, Ladoceur R. Erroneous perceptions and gambling. *J Soc Behav Personal* 1989;4:411-20.
41. Ladoucer R, Mayrand M, Touriny Y. Risk taking behavior in gamblers and non-gamblers during prolonged exposure. *J Gambl Behav* 1987;3:115-22.
42. Sharpe L, TARRIER N. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *Br J Psychiatry* 1993;163:407-12.
43. Lesieur, HR. The compulsive gamblers spiral of options and involvement. *Psychiatry* 1979;42:79-87.
44. Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can Psychiatry* 1993;38:108-12.
45. Hollander E. Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 35: 7-12
46. Hollander, M.D.; Stefano Pallanti, M.D., Ph.D.; Andrea Allen, Ph.D.; Erica Sood, B.A.; Nicolo Baldini Rossi, M.D. *Am J Psychiatry* 2005;162:137-145.
47. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disorder gambling behaviour in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999;89:1369-76.
48. Crockford D, El-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review. *Can Psychiatry* 1988;43:43-50.
49. Sullivan S, Abbott M, McAvoy B, Arroll B. Pathological gamblers. Will they use a new telephone hotline? *N Z Med J* 1994;107:313-5.
50. Taber J, McCormick R, Ramirez L. The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *The International J of Addictions* 1987;22:71-2.
51. Leiseur HM, Heineman M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addiction*, 1988;83:765-71.

52. Spunt B, Dupont I, Lesieur H, Liberty HJ, Hunt D. Pathological gambling and substance misuse: a review of the literature. *Subs use misuse*. 1998;33:2535-60.
53. Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the addiction severity index. *Br J Addict* 1991;86:1017-28.
54. Linden RD, Pope HG, Jonas JM. Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 1986;47:201-3.
55. Blaszczynsky AP, McConaghy N. Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Int J Addict* 1989;24:337-50.
56. Specker SM, Carlson GA, Christeson GA, Marcotte M. Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Ann Clin Psychiatry* 1995;7:175-9.
57. McCormick RA, Russo AM, Ramírez LF, Taber JI. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 1984;142:215-8.
58. Ruge L, Melamed L. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:107-12.
59. Carlton PL, Manowitz P, McBride H, Golstein L. Attention deficit disorder and pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 1987;48:487-8.
60. Báez C, Echeburúa E, Fernández-Montalvo J. Variables predictoras de abandonos y recaídas en el juego patológico. *Análisis y modificación de conducta* 1995;21:5-22.
61. Echeburúa, E. Báez, C. Concepto y evaluación del juego patológico. En: Graña J (ed). *Conductas adictivas*. Madrid: Pirámide, 1994.
62. Lesieur, H. Blume, S. The south oaks gambling screening: a new instrument of the identification of pathologic gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1987;144:1148-88.
63. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E, Báez C. Cuestionario breve de juego patológico (CBA): un nuevo instrumento de screening. *Análisis y modificación de conducta* 1995;21:211-23.
64. Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisentsein N, Engerhart C. The Lie/Bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep* 1997;80:83-8.
65. Allock CC. Pathological gambling. *Aust NZJ Psychiatry* 1986;20:259-65
66. Bujold A, Ladouceur R, Sylvain C, Boisvert JM. Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994;25:275-82.

67. Becoña E. Tratamiento del juego patológico. En: Buceta M y Bueno M (ed). Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Madrid: Pirámide, 1996.
68. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Manual práctica del juego patológico. Madrid: Pirámide, 1997.
69. McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski AP, Allock C. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *Br J Psychiatry* 1983;142:366-72.
70. McConaghy, B. Blaszczynsky, A. Frankova, A. A comparison of imaginal desensitization with other behavioural treatments of pathological gambling: a two-to nine-year follow up. *Brithis J of Psychiatry*, 1991;159:390-3.
71. Echeburua E, Báez C. Fernández-Montalvo J. Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento del juego patológico. *Analisis y modificación de conducta* 1994;20:617-43.
72. Echeburua E, Báez C. Fernández-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutics modalities in the psychological treatment of pathological gambling: longterm outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1996;24:51-71.
73. Toneatto T. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Subst Use Misuse* 1999;34:1593-604.
74. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, et al. Cognitive treatment of pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:774-80.
75. Bombín B. Enfoques farmacológicos: serotonina y ludopatía. En: Bombín (ed): *El juego de azar: patología y testimonios*. Valladolid. Junta Castilla y León, 1992.
76. Griffiths M, Parke J, Wood R. Excessive gambling and substance abuse: is there a relationship? *Journal of substance abuse* 2002(7):187-190
77. Lowengrub K, Iancu I, Aizer A et al. Pharmacotherapy of pathological gambling: review of new modalities treatment. *Exper Rev Neurother* 2006 Dec; 6(12): 1845-51
78. Loew T, Nickel M, Muehlbacher M et al Topiramate Treatment for Women With Borderline Personality Disorder. A Double-blind, Placebo-Controlled Study *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Volume 26, Number 1, February 2006
79. Dannon P, Lowengrub K, Gonopolsky Y et al. Topiramate Vs. Fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater, comparison study. *Clin Neuropharmacol* 2005 (jan-feb); 28 (1):6-11
80. Gamblers Anonymous. *Sharing recovery trough*. Gamblers Anonymous Publishing, 1984.