UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad,

Evaluación y Tratamiento Psicológico

PERFIL PSICOPATOLÓGICO DIFERENCIAL DE LOS HOMBRES Y MUJERES LUDÓPATAS EN TRATAMIENTO

ITXASO GONZÁLEZ ORTEGA

Directores:

ENRIQUE ECHEBURÚA ODRIOZOLA

y

PAZ DE CORRAL GARGALLO

A mis padres, a mi hermana y a David

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar mi más sentido agradecimiento a mis directores de tesis, Enrique Echeburúa y Paz de Corral. Quisiera agradecer la confianza que han depositado en mí y la oportunidad que me han brindado para realizar esta tesis doctoral. Ha sido para mí un auténtico privilegio y honor tener la posibilidad de trabajar a su lado. Mi más profundo agradecimiento, cariño, admiración y respeto.

A Enrique Echeburúa, por su inestimable apoyo, dedicación y afecto durante todo momento. Por haberme guiado y orientado tanto en la realización de la tesis como en el ámbito profesional. Porque sus conocimientos, enseñanzas y rigor científico me han servido como referente intelectual y personal. Gracias a él he aprendido valores como la necesidad del esfuerzo, la constancia, la organización o la perseverancia, necesarios para llevar a cabo un buen trabajo.

A Paz de Corral, por transmitirme sus conocimientos y haber tenido la oportunidad de aprender de su experiencia y profesionalidad. Sus consejos, afecto y cercanía hacen que las situaciones difíciles se conviertan en un trabajo con el que poder disfrutar.

A las colaboradoras del equipo de investigación, Carmen Ortiz, Oihana Vadillo y Rocío Polo, por su amistad, ayuda y contribución en esta tesis doctoral. En especial a ti, Rocío, por tu dedicación y disposición para ayudarme en todo momento, por tu apoyo, compañía, amistad y forma de ser. Tu colaboración en esta tesis ha sido un hermoso regalo.

A la Asociación de Ayuda a Ludópatas EKINTZA-DASALUD (Rentería, Guipúzcoa): a las psicólogas Beatriz Yubero, Lorena Pidal y Beatriz Alonso y, en especial, a las Damas Salesianas y a todo el voluntariado. Sin su colaboración hubiese sido imposible llevar a cabo este estudio.

A todos los Centros de tratamiento de ludopatía, tanto del País Vasco como de otras localidades españolas, que han colaborado en la selección y recogida de casos:

- Hospital Santa Caterina. Unidad de Ludopatía. Girona (Mercé Soms).
- Unitat de Joc Patológic. Divisió de Salut Mental. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa. Barcelona (Dominica Díez Marcet).
- Servicio de Psiquiatría del Hospital de Tarrasa. Barcelona (Nuria Aragay).
- Asociación Ekintza Aluviz. Baracaldo-Vizcaya (Rocío Fonseca y Estibaliz Rodríguez).
- Asociación Asajer. Vitoria (Idoia Axpe, Ana Herrezuelo y Raquel Beltrán de Heredia).
- Servicio de Alcoholismo y Ludopatía de Osakidetza. Vitoria (Carlos Caso y Natalia Mendiola).
- Hospital Psiquiátrico de Álava (Koldo Basterra).
- Asociación Aralar. Pamplona (Ana Ruiz).
- Consulta privada. Tarragona (Montse Gómez).
- Asociación Azajer. Zaragoza (José Vicente Marín).

A los pacientes que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Al departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. En especial, a la profesora Karmele Salaberría, por su implicación como miembro del equipo investigador.

A todos los alumnos de 4º de Psicología de la Universidad del País Vasco y a todas las personas que han colaborado en la recogida de datos para el grupo de control.

Agradezco a Susana Alberich, compañera de la Unidad de Investigación del Servicio de Psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol, la ayuda que me ha proporcionado en la orientación y asesoramiento del análisis estadístico de los datos. Gracias por tu tiempo dedicado y tu paciencia.

Por último, quisiera agradecer con especial énfasis el apoyo de mi familia y mis amigos, por el tiempo que les he robado hasta finalizar mi tesis y por haberme animado en todo momento.

A mi hermana, cómplice y amiga.

A mis padres, por su cariño, por su apoyo incondicional, siempre preocupados por mi felicidad, por ayudarme a seguir adelante en los buenos y malos momentos, por haber hecho que este duro trabajo haya sido más llevadero. Sin ellos no hubiese sido posible la realización de esta tesis doctoral.

En último lugar, a David por todo el cariño, apoyo, alegría, paciencia y comprensión que me ha proporcionado durante el tiempo que he dedicado a esta tesis.

Muchas gracias a todos ellos por haber hecho que este trabajo salga adelante.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

I MARCO TEÓRICO

1. JUEGO PATOLÓGICO 13

1.1 Definición y criterios diagnósticos 13
1.2 Tipos de juego 22
1.3 Tipos de jugadores 33
1.4 Prevalencia 38
1.5 Curso 52
1.6 Comorbilidad 58

2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO 71

2.1 Modelos de estados de necesidad 73
2.1.1 Teoría de Jacobs 73
2.1.2 Teoría de McCormick y Ramirez 74
2.2 Modelos biológicos 75
2.3 Modelos de *arousal* 82
2.3.1 Teoría de Brown 84
2.3.2 Teoría de Dickerson y Adcock 87
2.4 Modelos conductuales 88
2.4.1 Modelo del reforzamiento 89
2.4.2 Modelo de ejecución conductual 91
2.5 Modelos cognitivos 92
2.6 Modelos cognitivo-conductuales 96
2.6.1 Modelos de sesgos cognitivos y activación fisiológica (Sharpe y Terrier) 96
2.7 Modelo biopsicosocial 98

3. PERFIL PSICOPATOLÓGICO DIFERENCIAL DE LA LUDOPATÍA EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER..... 105

3.1 Características sociodemográficas 105
3.1.1 Prevalencia 105
3.1.2 Edad 110
3.1.3 Estado civil 111
3.1.4 Nivel educativo..... 112
3.1.5 Situación laboral 112
3.1.6 Nivel socioeconómico 113
3.1.7 Antecedentes Familiares 114
3.2 Características sociodemográficas 115
3.2.1 Tipos de juego..... 116
3.2.2 Motivaciones 118
3.2.3 Factores implicados en el juego 119
3.2.4 Evolución del trastorno 125
3.3 Características clínicas..... 127
3.3.1 Variables de personalidad 127
3.3.2 Variables psicopatológicas..... 129
3.4 Repercusiones de la ludopatía..... 134
3.4.1 Repercusiones personales 135
3.4.2 Repercusiones sociales 136
3.4.3 Repercusiones laborales 137
3.4.4 Repercusiones económicas 137
3.4.5 Repercusiones legales 138
3.4.6 Repercusiones familiares 139
3.5 Búsqueda de ayuda terapéutica y tratamiento 145
3.6 Conclusiones 151

II ESTUDIO EMPÍRICO

1. INTRODUCCIÓN 159

1.1 Objetivos 159

1.2 Hipótesis 160

2. MÉTODO 167

2.1 Participantes 167

2.2 Diseño 170

2.3 Instrumentos 170

2.3.1 Juego patológico 170

2.3.1.1 Entrevista clínica estructurada 170

2.3.1.2 Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) 171

2.3.1.3 Inventario de Pensamientos sobre el Juego 174

2.3.2 Dimensiones de personalidad 176

2.3.2.1 Escala de Búsqueda de Sensaciones (EBS-V) 176

2.3.2.2 Escala de Impulsividad (BIS-10) 178

2.3.2.3 Inventario de Ansiedad-Rasgo (STAI) 179

2.3.2.4 Escala de Autoestima 180

2.3.3 Psicopatología general 181

2.3.3.1 Inventario de Ansiedad-Estado (STAI) 181

2.3.3.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) 183

2.3.3.3 Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT) 185

2.3.3.4 Escala de Inadaptación (EI) 187

2.4 Procedimiento 189

2.5 Análisis de datos 194

3. RESULTADOS 201

3.1 Comparación entre una muestra de jugadores patológicos y un grupo de control normativo 201

3.2 Perfil psicopatológico diferencial de los hombres y las mujeres ludópatas 234

3.3 Tasa de abandono de la evaluación en jugadores patológicos y en pacientes con otras patologías sin adicciones 266

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN 275

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 305

APÉNDICES 373

1. Entrevista clínica estructurada de la historia de juego 375
2. Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) ... 378
3. Inventario de Pensamientos sobre el Juego 380
4. Escala de Búsqueda de Sensaciones (EBS-V) 382
5. Escala de Impulsividad (BIS-10) 384
6. Escala de Autoestima 385
7. Inventario de Ansiedad-Estado (STAI) 386
8. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) 388
9. Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT) 390
10. Escala de Inadaptación (EI) 391
11. Entrevista clínica para el grupo de control 392

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La ludopatía es un trastorno mental que ha adquirido un gran desarrollo en España al hilo de la legalización del juego. La creciente oferta de juego a través de Internet y la presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera), ha hecho aumentar considerablemente la ludopatía (Labrador y Becoña, 1994). Se considera que la tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (Becoña, 1999; Irurita, 1996; Tejeiro, 1996).

El trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (Abbott, Volberg y Rönnberg, 2004; Domínguez Álvarez, 2007; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell y Parker, 2002). Sin embargo, los problemas relacionados con el juego han aumentado considerablemente entre las mujeres en los últimos años (Hing y Breen 2001; LaPlante, Nelson, LaBriem y Shaffer, 2006; Shaffer, Stanton y Nelson, 2006). A diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico se distribuye en todas las clases sociales y en todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años. Cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas de juego (Báez y Echeburúa, 1995; Becoña, 2001). De hecho, la indefensión ante esta avalancha de juegos con apuestas afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente. Por tanto, la ludopatía no es sólo un problema de hombres adultos. Son muchas las mujeres y los adolescentes en los que el juego recreativo ha pasado de ser una afición a convertirse en una adicción, con todos los problemas

añadidos: deudas, fracaso escolar, crisis familiares, problemas con la Justicia, etcétera (Becoña, 2001).

Los ludópatas, al menos en España, muestran una dependencia fundamentalmente a las máquinas tragaperras, ya sea sólo a éstas o en combinación con otros juegos. Sin embargo, la dependencia en exclusiva a otros juegos de azar es mucho menor (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994). Este hecho no es fruto de la casualidad, sino que obedece a una serie de aspectos psicológicos implicados en el funcionamiento de este tipo de máquinas: su amplia difusión; el importe bajo de las apuestas con posibilidad de ganancias proporcionalmente cuantiosas; la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado; la manipulación personal de la máquina (que genera una cierta *ilusión de control*); y las luces intermitentes de colores, que, junto con la música y el tintineo estrepitoso de las monedas, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica (Echeburúa, 1992).

Desde una perspectiva psicopatológica, la ludopatía, más allá de la adicción al juego, va acompañada frecuentemente de otros trastornos, como el abuso de alcohol (Kessler, Hwang, LaBrie, et al., 2008), la depresión (Kim, Grant, Eckert, Faris y Hartman, 2006) o los trastornos de personalidad (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2008). No se trata, por tanto, de un problema sencillo o aislado, sino de una alteración grave que interfiere negativamente en la calidad de vida y en el bienestar emocional de los afectados y de las personas que los rodean (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004). De hecho, este trastorno es considerado como un problema grave de salud pública (Muñoz-Molina, 2008).

Entre los factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento de los problemas relacionados con el juego se han identificado factores socioculturales, biológicos, ambientales y socioeconómicos. Asimismo en la actualidad los modelos teóricos intentan explicar el problema del juego desde una perspectiva multidimensional. Estas aproximaciones engloban factores biológicos, psicológicos, sociales y de aprendizaje que interactúan y que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los problemas relacionados con el juego (Griffiths y Delfabbro, 2002; Sharpe, 2002; Williams, West y Simpson, 2007).

Aunque en los últimos años ha habido un interés creciente por los aspectos psicopatológicos y terapéuticos de la ludopatía (Labrador, 2000; Labrador, Fernández-Alba y Mañoso, 2002), hay muchas cuestiones que no están todavía suficientemente resueltas en el ámbito del juego patológico.

Concretamente, las diferencias de sexo en el juego patológico han sido poco investigadas hasta el momento (Grant y Kim, 2002). El estudio de la ludopatía en función del sexo se ha hecho de una forma muy incompleta. La mayor parte de los estudios llevados a cabo en el ámbito del juego patológico, tanto desde una perspectiva psicopatológica como terapéutica, han sido realizados con hombres. De hecho, son muy pocas las mujeres que han formado parte de las investigaciones clínicas. El motivo principal es que los jugadores patológicos que llegan a los centros clínicos de tratamiento buscando ayuda terapéutica son fundamentalmente hombres (*ratio* hombre/mujer: 8/2). Sin embargo, en los estudios epidemiológicos en la población general en España esta *ratio* es distinta (6 hombres/4 mujeres) (Becoña, 1999; Irurita, 1996). Por tanto, las mujeres constituyen el 30% del total de ludópatas detectados en los estudios epidemiológicos, mientras que en los centros clínicos de tratamiento las mujeres representan sólo el 10-15%. Esto quiere decir que hay

una bolsa oculta de mujeres ludópatas que no consultan por su trastorno o que lo hacen tardíamente, cuando la situación es ya grave y cuando el pronóstico resulta más sombrío (Echeburúa, 2006).

La sobrerrepresentación del sexo masculino en los estudios llevados a cabo sobre juego patológico y la escasez de estudios sobre mujeres generan una deficiencia en el conocimiento acerca de la mujer ludópata. Además la investigación centrada en los hombres conlleva una tendencia a generalizar los resultados a la población ludópata femenina. Esto hace que sea difícil desarrollar programas de prevención adecuados y tratamientos específicos eficaces en función del sexo (Tavares, Zilberman, Beites y Gentil, 2001).

Por lo tanto, las diferencias en función del sexo no se están teniendo en cuenta a la hora de estudiar los aspectos psicopatológicos y terapéuticos de la ludopatía, a pesar de que los estudios indican que el perfil psicopatológico de las mujeres ludópatas es distinto al de los hombres ludópatas (Hing y Breen, 2001; Tavares et al., 2001).

El proceso psicológico que les lleva a ambos sexos a la adquisición de la conducta de juego y a la posterior aparición del juego patológico puede ser similar (Becoña, 1997). Así, los ludópatas de uno y otro sexo se caracterizan por una dependencia emocional del juego, por una pérdida de control y por una interferencia negativa en el funcionamiento normal de la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1990), pero, sin embargo, adoptan perfiles diferenciales en función del sexo.

Las diferencias de la mujer respecto al hombre en el ámbito del juego patológico se manifiestan en diversos planos: los tipos de juego implicados, la motivación para jugar, la adquisición y el desarrollo del

trastorno, el nivel de la psicopatología asociada y las repercusiones psicológicas de la ludopatía.

En general, los hombres manifiestan una preferencia por las máquinas recreativas, tienen frecuentemente un historial de abuso de alcohol o de conductas antisociales y muestran rasgos de impulsividad o de búsqueda de sensaciones. Las mujeres, por el contrario, se sienten más atraídas por los bingos y los estados emocionales negativos desempeñan un papel importante en el inicio de la conducta de juego. Asimismo las diferencias de la mujer respecto al hombre se presentan en la adquisición y el desarrollo del trastorno (las mujeres se inician más tarde en el juego, pero se vuelven adictas más rápidamente), el mayor nivel de psicopatología asociada y las repercusiones psicológicas más acentuadas en la familia.

Por otra parte, la negación de la dependencia del juego es más intensa en las mujeres, lo que conlleva una motivación para el tratamiento más baja. El estigma social negativo, acentuado en el caso de la mujer, contribuye a impedir el reconocimiento del problema y a retrasar la ayuda terapéutica. Hay una doble moral social ante el juego de la mujer. Así como al hombre se le tolera el juego excesivo en las primeras fases, a la mujer se la tilda rápidamente de *viciosa*, lo que conlleva una ocultación del problema y, una resistencia a la búsqueda terapéutica (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

Por último, puesto que existen diferencias en función del sexo en el perfil clínico de los ludópatas, deben tomarse en consideración en el diseño del tratamiento. La propuesta terapéutica tiene que ser diferenciada y adaptada al perfil psicopatológico diferencial de los hombres y de las mujeres ludópatas, así como a sus necesidades psicosociales. Para ello, es necesario profundizar en el conocimiento

de las características diferenciales de los hombres y las mujeres ludópatas, con el objetivo, en último término, de optimizar las intervenciones psicoterapéuticas.

Por todo ello, el objetivo principal de esta investigación es analizar el perfil psicopatológico diferencial entre los hombres y las mujeres ludópatas en tratamiento.

Esta tesis doctoral se enmarca en el contexto de una línea de trabajo centrada en el estudio del juego patológico en la que el equipo de investigación al que pertenezco lleva más de 15 años analizando. De la trayectoria de investigación del equipo en este ámbito se deriva el conocimiento sobre diversos aspectos de la ludopatía, tales como las características descriptivas (el perfil psicopatológico, las dimensiones de personalidad, las distorsiones cognitivas, la evolución del trastorno, etcétera), el diseño y validación sobre diversos instrumentos de evaluación, la eficacia diferencial de tratamientos, la prevención de recaídas en el tratamiento del juego patológico o los trastornos de personalidad relacionados con la ludopatía. Es decir, los resultados obtenidos por el equipo de investigación en los distintos ámbitos del juego patológico han planteado nuevos retos relacionados con los cambios producidos y nuevas necesidades no resueltas, entre ellas el abordaje psicopatológico y terapéutico de las mujeres ludópatas. Es justamente en este marco en donde se ubica esta tesis doctoral.

En la primera parte de la tesis *(parte teórica)* se expone una revisión de los principales aspectos teóricos del juego patológico. La parte teórica está compuesta por tres capítulos. En el *primero* se analizan el concepto y los criterios diagnósticos de la ludopatía, los diferentes tipos de juego y de jugadores, así como la tasa de prevalencia, el curso del trastorno y la comorbilidad asociada al juego patológico. En el *segundo* capítulo se revisan los diferentes modelos explicativos del origen y mantenimiento del juego. Finalmente, en el *tercer* capítulo se analiza el perfil psicopatológico diferencial de la ludopatía en el hombre y en la mujer, en relación con las características sociodemográficas, las variables de juego, las características clínicas y las repercusiones de la ludopatía. Asimismo se exponen las diferencias en función del sexo en relación con la búsqueda de ayuda terapéutica y el tratamiento.

Por otro lado, en la segunda parte *(estudio empírico)*, en donde se intenta dar respuesta al objetivo de este estudio, se presentan los resultados obtenidos en la investigación, que ponen de manifiesto las diferencias existentes entre una muestra de jugadores patológicos y un grupo de control normativo, así como el perfil psicopatológico diferencial entre los hombres y las mujeres ludópatas.

I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.
JUEGO PATOLÓGICO

1. JUEGO PATOLÓGICO

1.1. Definición y criterios diagnósticos

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. En suma, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia negativa en el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1991).

El juego patológico se basa en una serie de criterios diagnósticos que han evolucionado considerablemente con el tiempo. La ludopatía no se empieza a estudiar como enfermedad hasta 1975, y en 1979 Morán la define como juego patológico. Su reconocimiento oficial se produce en 1980, cuando aparece clasificado por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) como una entidad nosológica propia y con criterios diagnósticos específicos (American Psychiatric Association, 1980).

El DSM-III define el juego patológico como un *"fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales"*. Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-III (APA, 1980) para el juego patológico eran los siguientes:

Criterios diagnósticos del Juego Patológico DSM-III (APA, 1980)

A. El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos a 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. Incapaz 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.
   5. Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.
   6. Pérdida de 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 debido a un trastorno de personalidad antisocial.

Posteriormente, en el DSM-III-R (APA, 1987) y en el DSM-IV (APA, 1994), el juego patológico se halla categorizado como un trastorno del control de los impulsos no clasificado en otras categorías, junto a la cleptomanía, la piromanía, la tricotilomanía y el trastorno explosivo intermitente. Las características principales de estos trastornos son el fracaso en resistir el impulso, la sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo la conducta, y la experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de consumar el acto.

En la revisión del DSM-III-R se produce un vuelco respecto a los criterios diagnósticos del DSM-III. Concretamente, en el DSM-III-R los criterios para el abuso de sustancias y para el juego patológico son básicamente los mismos, si se sustituye el juego por la sustancia adictiva, con un énfasis especial en la pérdida de control (criterios 2 y 6) (Corless y Dickerson, 1989). De hecho, la diferencia del DSM-III-R con respecto al DSM-III radica en subrayar los síntomas fisiológicos, como la abstinencia y la tolerancia, que justifican la similitud de este cuadro con las características esenciales de la dependencia de sustancia psicoactivas (Lesieur y Heineman, 1988; Volberg y Steadman, 1988). De este modo, el juego patológico podría ser clasificado como una adicción (no tóxica), pero la categoría de adicciones está limitada en el DSM-III-R a las conductas de ingesta de alcohol y otras drogas (Echeburúa y Báez, 1991).

Al margen de que sea discutible si en el juego patológico se produce un síndrome de abstinencia (Wray y Dickerson, 1981) y tolerancia (Dickerson, 1984), hay, sin embargo, muchos aspectos comunes entre el juego patológico, el alcoholismo y la dependencia a otras drogas (Blume, 1986; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez-Martos, 1987):

1. La semejanza de las reacciones psicológicas tras el consumo de una sustancia adictiva o la ejecución de la conducta de juego en el jugador patológico.
2. La existencia de factores de personalidad comunes a las distintas conductas adictivas (Blaszczynski, Buhrich y McConaghy, 1985).
3. El solapamiento de los mundos sociales de los bebedores excesivos y de los jugadores patológicos (bares, "pubs", etcétera).

4. La aparición conjunta o secuencial que se da con cierta frecuencia de ambos tipos de problemas.
5. La alta incidencia familiar.
6. La pérdida de control sobre una actividad que al comienzo resulta lúdica o de relación social.
7. El deterioro gradual en el ámbito laboral, familiar y social, así como una evolución con muchas recaídas (curso crónico, progresivo y reincidente).
8. La aparición de trastornos del estado de ánimo (depresión e hipomanía fundamentalmente) y de trastornos de ansiedad.
9. La desintegración de la unidad familiar, los problemas económicos y la presencia de conductas violentas.
10. El rechazo o la minusvaloración de la existencia del problema, que suponen un gran obstáculo para la terapia.
11. La utilidad del concepto de enfermedad o trastorno de conducta, en lugar del de vicio.
12. La similitud de las pautas de conducta en la abstinencia y en la recaída, así como de los factores predictivos en ambos casos.
13. El papel de los grupos de autoayuda en el tratamiento.
14. El valor de la terapia de grupo en los programas especializados.
15. El papel de los ex pacientes en el tratamiento de los alcohólicos, heroinómanos y jugadores patológicos.

Otras modificaciones que aparecen en el DSM-III-R son el número de criterios necesarios para poder establecer el diagnóstico (cuatro de nueve) y el hecho de eliminar el trastorno antisocial de la personalidad como criterio de exclusión, reconociendo que ambos trastornos pueden ir asociados, sin ser necesariamente el juego una característica más del trastorno de personalidad.

Los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-III-R (APA, 1987) fueron:

Criterios diagnósticos del Juego Patológico DSM-III-R (APA, 1987)

Conducta de juego perjudicial, caracterizada al menos por 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 para 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 acentúan con el juego.

Con la aparición del DSM–IV (APA, 1993), se añade un aspecto en los criterios diagnósticos para este trastorno. Se comienza a dar relevancia tanto a las consecuencias del juego como a los factores desencadenantes del mismo, sugiriéndose la necesidad de tratamientos tanto sintomáticos como no sintomáticos de este problema. Además, se incluyen nuevos síntomas, tales como el jugar como estrategia para escapar de problemas o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico, o el mentir como un modo de ocultar

el juego. Asimismo se da más relevancia a las consecuencias del juego en los aspectos familiares, sociales y legales.

El DSM-IV considera que la ludopatía o juego patológico es un comportamiento lúdico desadaptativo, persistente y recurrente, que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional del individuo que la padece en ausencia de un episodio maníaco.

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV son los siguientes:

Criterios diagnósticos del Juego Patológico DSM–IV (APA, 2000)

A. Conducta de juego desadaptativa, 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.

Con respecto al diagnóstico diferencial, el juego patológico debe distinguirse del juego social y del juego profesional. El juego *social* tiene lugar entre amigos o compañeros y su duración es limitada, con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. En el juego *profesional* los riesgos son limitados y la disciplina es central. Algunos individuos presentan problemas asociados al juego (por ejemplo, intento de recuperación del dinero invertido y pérdida de control), que no cumplen todos los criterios para el juego patológico. Por otra parte, la pérdida de juicio crítico y el juego excesivo pueden aparecer durante un episodio maníaco. Debe establecerse un diagnóstico adicional de juego patológico sólo si el comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia del episodio maníaco (historia de comportamiento de juego desadaptativo al margen del episodio maníaco). Asimismo, durante el atracón de juego un individuo afectado por el juego patológico puede presentar un comportamiento que se parece a un episodio maníaco. Sin embargo, una vez que el individuo se ha alejado del juego, estos rasgos maniformes desaparecen. Los problemas con el juego pueden darse en individuos con trastorno antisocial de la personalidad y, si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos (APA, 1993).

Los criterios diagnósticos del DSM-IV no han variado en la última revisión (DSM-IV-TR), la cual ofrece pocos avances respecto al juego patológico (APA, 2000):

1. Se ha añadido el subapartado *"Hallazgos de laboratorio"* (conjunto de alteraciones manifestadas en grupos de individuos del sexo masculino).
2. Se han actualizado las secciones "*Síntomas y trastornos asociados*" (antecedentes infantiles de síntomas de falta de atención o de hiperactividad) y "*Prevalencia*" (influencia de la disponibilidad del juego legalizado en la prevalencia del juego patológico).

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) codifica al juego patológico dentro de los trastornos del hábito y el impulso, junto con la cleptomanía, la piromanía y la tricotilomanía. Según la CIE-10, el juego patológico consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Los afectados por este trastorno pueden arriesgar sus empleos, acumular grandes deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de sus deudas. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso a jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante (OMS, 1992).

Los Criterios Diagnósticos de la CIE-10 para el juego patológico revisten carácter monotético (es decir, se requieren el cumplimiento de A más B más C más D), mientras que los criterios diagnósticos del DSM-IV son de tipo politético (es decir, requieren 5 síntomas de una lista de 10). Además, los criterios diagnósticos de la CIE-10 exigen el

antecedente de dos o más episodios de juego durante un período de al menos 1 año.

Criterios diagnósticos del Juego Patológico (CIE-10) (OMS, 1992)
A. Presencia de dos o más episodios en un período de al menos un año. B. Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y, sin embargo, se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales. C. El sujeto describe la presencia de un impulso intenso de jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad. D. Preocupación con pensamientos o imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean.

Por último, del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (1992) engloba al juego patológico dentro de los trastornos de los hábitos y el control de los impulsos. La CIE-10 define las ludopatías como *"un trastorno caracterizado por frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Se trata de una conducta que persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas, tales como la pérdida de fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas".*

1.2 Tipos de juego

El juego es una actividad consustancial del ser humano que adopta formas de expresión diferentes. Los patrones de conducta del juego han cambiado sistemáticamente a lo largo de la historia, tanto en su organización social como en sus manifestaciones más características. Además, las peculiaridades de cada cultura o sociedad han impuesto un determinado tipo de juegos y, según los sucesivos contextos culturales, se han ido desarrollando los distintos tipos de juegos actuales.

Puesto que el juego puede adquirir múltiples formas, llevar a cabo una clasificación de los distintos tipos de juego es una ardua tarea. De hecho, los criterios que se siguen son diversos: según los contenidos, según los destinatarios a los que van dirigidos, según las destrezas que implica, etcétera. Entre los múltiples tipos de juego existentes se puede establecer la siguiente clasificación:

* **Juegos de azar.** En los juegos de azar el resultado final sólo depende de la suerte o la casualidad. No existe posibilidad de control del resultado por parte del jugador. Es decir, el resultado es imprevisible e independiente de la conducta personal. En este apartado se incluyen juegos como las *loterías*, las *máquinas tragaperras*, el *bingo*, los *dados*, etcétera.

* **Juegos de técnica.** Son juegos en los que el éxito depende de la destreza del jugador. Requieren un aprendizaje y un entrenamiento que permite ir alcanzando niveles más altos de ejecución. Se incluyen aquí juegos como las *damas*, el *ajedrez* o ciertos *videojuegos*.

*** Juegos combinados de técnica y azar.** Un ejemplo claro es el juego de cartas, que depende del azar a la hora de hacer el reparto y de cierta habilidad posterior para jugar. En la misma situación estarían juegos como el *parchís*, la *oca*, las *quinielas* o las *carreras de caballos*.

* **Juegos de competición.** Son juegos organizados como divertimento en los que las personas compiten partiendo de una igualdad de posibilidades, por ejemplo, las *competiciones deportivas*.

Tradicionalmente se han distinguido dos tipos de conductas asociadas al juego en función de la presencia o no de incentivos económicos directos. Esto es, juego como pasatiempo en sí mismo y juego como procedimiento para arriesgar algún bien (conseguir o perder dinero u otro tipo de ganancias). Ambas acepciones se corresponden con las palabras inglesas *play* y *gambling*, que en nuestro idioma encuentra una única traducción en la palabra "juego". La distinción que se hace con estos dos términos resulta más operativa que el único término en español. De este modo, se diferencia entre el juego como pasatiempo o entretenimiento en sí mismo *(play)* y el juego con apuestas *(gambling)*, es decir, el que lleva implícita la posibilidad de arriesgar y obtener o perder alguna ganancia (Ochoa y Labrador, 1994).

Aunque ambos tipos de juego pueden ser utilizados de forma lúdica, es el juego con apuestas el que ha facilitado la aparición de conductas problemáticas, lo que habitualmente se conoce como juego patológico o ludopatía. De hecho, el juego de azar tiene una serie de características que lo distingue de otro tipo de actividades lúdicas y que, en cierta medida, explica los problemas que puede llegar a acarrear. En este sentido, en los juegos de azar, a diferencia de otro

tipo de juegos, la única variable responsable de la aparición de los eventos es el azar y la experiencia o habilidad del jugador no reporta ventajas a la hora de obtener los beneficios que se pretenden (Chóliz, 2006):

a) **Son azarosos.** Su resultado no depende de estrategias ni de la habilidad del jugador. Es decir, no es controlable. En eso se distingue de la mayoría de juegos en los que la práctica, la habilidad personal o el desarrollo de técnicas favorecen la consecución de buenos resultados.

b) **Se basan en las leyes de la probabilidad.** No sólo se trata de hechos incontrolables, sino que además suelen ser impredecibles, ya que en muchos casos los eventos aparecen siguiendo leyes de probabilidad que se cumplen según la ley de los grandes números. En el caso en que aparezcan siguiendo una serie, como en el caso de las máquinas tragaperras, ésta suele consistir en decenas de miles de eventos, con lo cual el jugador es absolutamente incapaz de analizarla totalmente, incluso en varias sesiones.

c) **Suele apostarse dinero o bienes valiosos.** El éxito o fracaso conlleva la ganancia o pérdida de dinero, que es uno de los reforzadores más valiosos, de manera que se trata de actividades con un potente valor motivacional por la posibilidad que se tiene de ganar, pero también cuyos fracasos conducen a desajustes psicológicos y sociales más severos.

d) **Pueden provocar los principales problemas de adicción.** Están desarrollados y diseñados con una finalidad exclusivamente recaudatoria, a pesar de que las estrategias publicitarias y de *márketing* oculten dicha finalidad y se muestren de una manera amable con los potenciales jugadores. Es por ello que, cuanto más se juegue, más probabilidad se tiene de perder, que es algo que

los jugadores suelen obviar, o incluso negar, como mecanismo justificador de su problemática.

Al igual que ocurre con la idea de juego en general, podemos encontrar diferentes variedades de juegos de azar que establecen una oferta diferencial, que puede, a su vez, hacer más atractivos unos juegos frente a otros. Principalmente se pueden distinguir cuatro aproximaciones clasificatorias que agrupan la variedad de juegos de azar existentes en nuestro entorno social: 1) por el *contenido* (casinos, bingos, máquinas tragaperras, loterías, cartas y apuestas deportivas; 2) por su *licitud* (lícitos e ilícitos); 3) por su *administración* (públicos y privados); y 4) por su *poder adictivo* (muy adictivos y poco adictivos) (Bombín, 1992).

1.2.1 Clasificación de los juegos de azar según su *contenido*

a) **Casinos.** Se consideran el lugar por excelencia para jugar. Presentan una gran variedad formal y se definen por el lugar en que se llevan a cabo, no por sus características intrínsecas. Entre los juegos se encuentran la ruleta francesa, la ruleta americana, el *black jack*, la bola o *boule*, punta y banca, etcétera. La mecánica del juego exige del jugador un determinado número de conocimientos previos indispensables.

b) **Bingos.** Una de sus principales características es el carácter inmediato de la percepción del premio y, por otro lado, otra de las características es el componente de azar puro, sin intervención alguna de la habilidad del jugador. Las salas de bingo son explotadas por instituciones o entidades autorizadas, bien directamente, bien a través de empresas de servicios que asumen la organización y el funcionamiento de este juego.

c) **Máquinas recreativas y de azar.** Se legalizaron en 1981 y, a diferencia de otros países, no se restringió su colocación a salas de juegos y casinos, sino que se permitió su instalación en lugares de fácil acceso a la población, como bares y cafeterías, por lo que se ha convertido en pocos años en el juego de azar más popular y de mayor recaudación. Las máquinas tragaperras se dividen en tres categorías:

- **Máquinas de tipo A**. Son meramente recreativas y de pasatiempo (*pin ball*, comecocos, marcianitos), en las que prevalece la habilidad del jugador. Estas máquinas se limitan a conceder al usuario un tiempo de uso o de juego a cambio del precio de la partida.

- **Máquinas recreativas de tipo B, o recreativas con premio.** Son aquellas que, a cambio de la partida, conceden al usuario un tiempo de uso o de juego y, eventualmente, un premio cuyo valor no podrá exceder de 20 veces el fijado como precio de la partida. Deben devolver un 75% como mínimo de las apuestas efectuadas. Ejemplos: boleritas, cascadas, pasillos, rodillos y proyectores con frutas, cartas y otros símbolos, etcétera.

- **Máquinas de tipo C o de azar.** Sólo pueden estar instaladas en los casinos de juego o lugares autorizados y, a cambio del precio de la partida, pueden ofrecer un premio de hasta 400 veces el valor de la partida.

d) **Loterías.** Las loterías disponibles en la actualidad son la Lotería Nacional, la Lotería Primitiva y la Bonoloto.

e) **Cartas.** El juego de cartas es un tipo de juego combinado de técnica y azar, que depende del azar a la hora de hacer el reparto y de cierta habilidad posterior para jugar. Entre los juegos de naipes tradicionales destacan el póquer, el mus, el *bridge* o el tute.

f) **Apuestas deportivas.** Existen multitud de posibilidades a la hora de realizar apuestas deportivas, desde apuestas simples, apuestas combinadas, sistema de apuestas, apuestas en eventos en directo, apuestas a largo plazo, etcétera. Actualmente existen casas de apuestas.

1.2.2. Clasificación de los juegos de azar según su *licitud*

El hecho de que en el juego de azar se utilice dinero introduce un claro factor diferenciador según su alcance económico, que normalmente se correlaciona con su significación social y su contexto legal. En este sentido, puede hablarse de juegos *lícitos* e *ilícitos*. Los juegos legales son aquellos que están incluidos formalmente en el "Catálogo de Juegos y Apuestas", que contiene el concepto, las reglas básicas, las modalidades y los límites de cada uno de los juegos autorizados.

La oferta de los juegos de azar con apuestas permitida legalmente es reciente en España. Algunos juegos de azar, como las loterías, la Lotería Nacional y el cupón de la ONCE, fueron legalizados en 1977. A partir de aquí, se fueron legalizando otros juegos de azar, como el casino, el bingo o las máquinas tragaperras, hasta llegar al gran número de juegos existentes en la actualidad (tabla 1).

TABLA 1: JUEGOS DE AZAR LEGALIZADOS EN ESPAÑA (Becoña, 1996)

- Juegos de casino
- Bingos
- Apuestas deportivas (quinielas de fútbol, quiniela hípica, apuestas en las carreras de galgos, etcétera.).
- Loterías (nacional, primitiva, bonoloto, loterías rápidas e instantáneas) y cupones (cupón de la ONCE, cuponazo).
- Juegos de cartas (póker) y dados de tipo privado con apuestas
- Máquinas recreativas y juegos mecánicos con posibilidad de ganar dinero (máquinas tragaperras).
- Concursos con premios en la prensa, radio o televisión; concursos de alimentación y otros.

1.2.3. Clasificación de los juegos de azar según su *administración*

Los distintos tipos de juego se pueden clasificar en función de su gestión; es decir, los que son promovidos por la iniciativa privada (sector privado) y aquellos fomentados por la Administración (sector público):

a) **Juegos Privados**: surgen en 1977 cuando se legaliza el juego en España y comienzan a promulgarse las primeras normas relativas a la autorización y funcionamiento de los nuevos juegos. La explotación de estos juegos es desarrollada por empresas de índole privada, que, previa autorización administrativa, se desarrollan en establecimientos adecuados a su finalidad. Estos juegos son básicamente los siguientes: casinos, bingos, máquinas recreativas y de azar.

b) **Juegos Públicos**: desde sus comienzos los juegos estatales han estado relacionados con actividades de índole benéfica social, cultural y deportiva. Nacieron como un medio de alcanzar un nuevo sistema de financiación del Estado. Este tipo de juegos, a través del Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado, engloba los siguientes tipos: loterías, Bono-Loto y apuestas deportivas.

1.2.4. Clasificación de los juegos de azar según su *poder adictivo*

Atendiendo a su potencial adictivo, se pueden distinguir los juegos altamente adictivos, por el escaso tiempo transcurrido entre el momento de la apuesta y el resultado; y los escasamente adictivos, por el carácter diferido en el tiempo del resultado respecto al momento de la apuesta. Entre los juegos de azar, los juegos de alta frecuencia (máquinas tragaperras) y los de habilidad (juego de cartas) resultan ser los más adictivos y los que se mencionan a menudo como la preferencia de los jugadores patológicos (Muñoz-Molina, 2008).

Otra clasificación de los juegos de azar muy comúnmente utilizada es la que establecen Irurita et al. (1996), en función de dos criterios: a) Juego Activo-Juego Pasivo; y b) Juego Continuo-Juego Discontinuo.

a) **Juego *activo* versus *pasivo***

- *Juego activo*. Es aquel juego que requiere unos conocimientos, habilidad o pericia (real o imaginaria) por parte del jugador que apuesta. También incluye aquellos juegos que favorecen la creencia de los jugadores de *"poseer un sistema o estrategia"* mediante el cual piensan que pueden hacerse con el premio (esto es el caso de la ruleta o de las máquinas tragaperras). En

este caso no es tanto el juego en sí mismo, como las connotaciones o supersticiones que se le hayan atribuido y sean aceptadas por el jugador. Este tipo de juego involucra mucho más al jugador, de modo que, al exigir más de él, lo hace más adictivo. Juegos activos son, entre otros, las cartas, dados y dominó con apuestas de dinero, carreras de caballos, quinielas, primitiva, bono-loto, juegos de casino, apuestas deportivas, etcétera.

- *Juego pasivo*. Es aquel juego que sólo depende de la suerte, y que inequívocamente no requiere ninguna acción, conocimientos o habilidades del jugador, además de la misma suerte, para acceder al premio. Loterías, Cupón de la ONCE, bingo y máquinas tragaperras serían ejemplo de juegos pasivos. El caso del bingo y de las máquinas tragaperras es bastante particular porque, siendo realmente pasivos, las cogniciones erróneas existentes sobre sistemas y supersticiones acerca de las máquinas, de quien canta las bolas, de la hora, de actividades a realizar, etcétera., los convierte en juegos altamente adictivos (Bombín, 1992).

b) **Juego *continuo* versus *discontinuo***

En las formas de juego *discontinuo* las series de las apuestas, juego y resultado, están espaciadas durante horas o días. A la inversa, en las formas *continuas* el lapso de tiempo es mínimo, como ocurre en las máquinas tragaperras, las apuestas y la mayoría de los juegos de casino. Las formas continuas de juego pueden ser la mayor fuente de pérdida de control y están asociadas con más problemas relacionados con el juego (Dickerson, 1991, 1993).

Por otro lado, Irurita et al. (1994), consideran que los juegos con una mayor capacidad de adicción son aquellos que comparten una serie de características propias del "juego en sí", junto a unas condiciones sociales: 1) que el juego esté accesible y disponible ; 2) que esté bien visto jugar; 3) que una 'jugada' cueste poco dinero; 4) que el hecho de jugar no dé a entender que la persona sea un jugador problemático; 5) que se juegue en un entorno que produzca bienestar (entre amigos o conocidos) o donde se pueda pasar desapercibido; 6) si en el entorno se puede beber alcohol, lo hará más adictivo; 7) que deba estar presente la suerte; 8) si el premio es grande, mejor, aun cuando esto no es determinante; 9) que la recepción del premio sea inmediata; y 10) que la recepción del premio se haga notar (ruidos, algarabía, prensa, publicidad).

Asimismo, los juegos más adictivos también son aquellos que se acompañan de cogniciones extendidas sobre el juego o las capacidades del jugador: 1) deben favorecer la creencia de que no sólo interviene la suerte; 2) deben requerir una cierta pericia especial propia del jugador, así como unos conocimientos que no estén al alcance de 'todos'; y 3) deben permitir crear una 'relación especial y personal' entre el juego en sí (o una parte de él) y el jugador.

Otra clasificación de los juegos de azar vendría determinada por la presencia del "*mecanismo*", estando clasificados en manuales, electrónicos, mecánicos y virtuales *(juego on-line)*. Esta última modalidad consigue simular cualquiera de los tipos de juegos existentes, pudiendo jugar desde cualquier lugar con ayuda de un ordenador conectado a la red. Es probable que el juego virtual sustituya en un futuro cercano a otros tipos de juegos, resultado difícil aventurar su repercusión, por su gran accesibilidad, falta de control y falta de regulación legal (Smeaton y Griffiths, 2004).

Por último, se puede establecer otra distinción, según la presencia o el grado de contribución de otras personas en el transcurso del juego. En este sentido podemos hablar de juegos *individuales* o *colectivos*.

Estas u otras clasificaciones de los juegos son necesarias para entender cómo es su participación, resultando muy heterogénea por las importantes distinciones entre tipos de juegos (tabla 2).

Tabla 2: CLASIFICACIÓN DE LOS JUEGOS DE AZAR

Clasificación	Tipo	Ejemplo
Licitud	Legales	Lotería
	Ilegales	Apuestas Clandestinas
Administración	Públicos	Lotería Nacional
	Privados	Bingo
Potencial adictiva	Muy adictivos	Máquinas con premio
	Poco adictivos	Lotería Nacional
Grado de habilidad	De habilidad	Cartas
	De azar	Loterías
Mecanismo	Manuales	Cartas
	Electrónicos	Ruleta
	Mecánicos	Máquinas recreativas
	Virtuales	Casino virtual
Participación	Activos	Cartas
	Pasivos	Loterías
Rango temporal	Continuos	Máquinas recreativas
	Discontinuos	Loterías
Presencia	Individual	Máquinas recreativas
	Colectivo	Cartas

Fuente: Villoria (2005)

1.3. Tipos de jugadores

Del mismo modo que se pueden establecer claras diferencias entre los distintos tipos de juegos, existen diferentes conductas de juego que permiten establecer múltiples tipos de jugadores. Entre las primeras clasificaciones existentes acerca del juego patológico puede citarse la de Morán (1970), que divide a los jugadores en 4 tipologías:

a) **Jugador subcultural**. El juego forma parte del marco social del individuo. Se juega para no ser excluido del grupo de referencia. Las características individuales determinarán el paso a un juego patológico.

b) **Jugador neurótico**. El juego está relacionado con una alteración emocional o con una respuesta a una situación estresante. El juego, por tanto, produce un alivio de la tensión.

c) **Jugador psicopático.** El juego forma parte de un trastorno de personalidad: la psicopatía.

d) **Jugador sintomático**. El juego es un síntoma de un trastorno mental previo, que constituye la principal alteración (por ejemplo, la depresión).

Custer (1984) distingue dos tipos de jugadores según sus motivaciones: los jugadores profesionales y los jugadores de tiempo libre.

a) **Jugador profesional**. Utiliza el juego como un modo de ganarse la vida. Apuesta tras un cálculo ponderado.

b) **Jugador de tiempo libre**. Este grupo de jugadores se dividen a su vez en:

1. Jugadores ocasionales o habituales, que emplean el juego como una actividad esporádica en su vida.
2. Jugadores que se implican y toman el juego en serio, pero que tienen su conducta controlada.
3. Jugadores que liberan sus tensiones internas a través del juego.

En la categorización propuesta por Jugadores Anónimos, se distinguen tres tipos de jugadores (González, 1989; Moody, 1990):

a) **Jugador serio**. Es el que juega regularmente en uno o varios tipos de juegos y hace varias apuestas. Este tipo de jugadores reservan tiempo y dinero para esta actividad y prestan poca atención a otras actividades. No obstante, aunque el juego ocupa una parte importante de su vida, no coarta otras áreas de la vida cotidiana, como la familia, el trabajo o las amistades.

b) **Jugador dependiente**. El juego es una forma de alivio de la ansiedad y tensión, una forma de escape de los aspectos vitales. A menudo existe un descuido de sus obligaciones sociales y económicas; sin embargo, no existe una pérdida de control. Cuando las pérdidas interfieren en la vida familiar y la seguridad laboral, es capaz de parar, al menos temporalmente, y restablecer el equilibrio y la estabilidad.

c) **Jugador compulsivo**. Se caracteriza por la pérdida de control. El individuo no es capaz de dejar de jugar o de resistirse a sus impulsos de jugar y con frecuencia su conducta de juego puede llevarle a la adicción.

Por otra parte, McCormick y Taber (1987) han sugerido la existencia de tres prototipos de jugadores patológicos. El primero tiene valores elevados en rasgos obsesivo-compulsivos, sufre de

depresión endógena relativamente grave, ha tenido traumas vitales importantes y objetivamente identificables, abusa del alcohol y de otras drogas psicoactivas y está relativamente bien socializado. El segundo se caracteriza por baja socialización, depresión situacional moderada junto con ansiedad, abuso del alcohol moderado y esporádico, una compulsividad moderada y escasos traumas vitales. El tercero se caracteriza por una socialización muy baja y una importante hostilidad, un bajo afecto negativo, alta compulsividad, moderados traumas a lo largo de la vida y sin abuso de sustancias adictivas.

Una de las clasificaciones que mayor respaldo empírico ha obtenido es la propuesta por González (1989). Esta clasificación diferencia tres tipos de jugadores según las motivaciones para el juego y las consecuencias del mismo:

a) **Jugador social**. Es el que juega ocasionalmente por placer, entretenimiento o en el marco de una interacción social. Las pérdidas en el juego están predeterminadas y son aceptables. Tiene un control total sobre la conducta de juego y puede abandonarla o dejar de realizarla cuando lo desea (tanto si esta ganando como perdiendo). Esta capacidad de control puede deberse a una combinación de tres factores (Custer, 1984): 1) el resultado de las apuestas no influye en la autoestima personal; 2) otros aspectos de la vida son más importantes y reforzantes; y 3) raramente se experimenta una gran ganancia (ganancias y pérdidas son generalmente modestas).

b) **Jugador profesional**. En este caso, el juego constituye para la persona una forma de vida, es decir, su profesión. Participa en juegos donde es importante la habilidad (por ejemplo, cartas, billar) o hace trampas para ganar (dados, cartas marcadas) (Labrador y Becoña, 1994). El jugador profesional mantiene un

control sobre su conducta de juego, estudiando las jugadas que le permitan obtener beneficios (apuesta tras realizar un cálculo ponderado y no llevado por la pasión).

c) **Jugador patológico**. Se caracteriza por la pérdida de control o pérdida de habilidad para dejar de jugar. El jugador patológico presenta una conducta de juego descontrolada que sigue las siguientes pautas: 1) una frecuencia de juego y/o inversión en tiempo y dinero extraordinariamente altas; 2) la apuesta de una cantidad de dinero superior a la planeada; y 3) los pensamientos recurrentes y el deseo compulsivo de jugar, sobre todo cuando han perdido. La necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido, así como el fracaso reiterado en el intento de resistir el impulso de dejar de jugar, son asimismo características distintivas. Desde una perspectiva cognitiva, el optimismo irracional y el pensamiento supersticioso son distorsiones cognitivas presentes en el jugador patológico (Echeburúa, 1992). En definitiva, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia negativa en el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1994).

A la clasificación propuesta por González (1989) se ha añadido una cuarta categoría (Ochoa, Labrador, Echeburúa, Becoña y Vallejo, 1994): el **jugador problemático**. Se caracteriza por llevar a cabo una conducta de juego frecuente, con un gasto excesivo de dinero que ocasionalmente le acarrea problemas. No obstante, no llega a la gravedad del jugador patológico. Tiene un menor control sobre sus impulsos que el jugador social, y aunque suele atender regularmente a su familia y trabajo, llevando una vida normal, el aumento en la regularidad del juego exige invertir el tiempo y gastar el dinero con mayor intensidad. Si la cantidad de dinero dedicada al juego aumenta

y se está en el límite de no poder hacer frente a las pérdidas o surge algún problema que lleve a un incremento en la conducta de juego, puede convertirse en jugador patológico. Por estas razones se le considera una persona con alto riesgo de convertirse en jugador patológico (Ochoa et al., 1994).

Recientemente, Blaszczynski (2000) hace la siguiente clasificación:

1. **Jugador sin patología adicional**. En este tipo de jugadores no hay sintomatología psicopatológica premórbida, abuso de sustancias o conductas impulsivas. El juego patológico no es debido a un conflicto intrapsíquico. Los síntomas son una consecuencia, no la causa del juego.

2. **Jugador patológico con problemas emocionales previos**. El juego suele aparecer como respuesta a estados afectivos y necesidades psicológicas. Concretamente, el juego está asociado a una personalidad neurótica con historia de acontecimientos vitales adversos y niveles altos de sintomatología psicopatológica premórbida (depresión, ansiedad, abuso de sustancias y déficit de habilidades para manejar el estrés). Asimismo esta tipología corresponde a personalidades evitativas y pasivo-agresivas, con dificultad para demostrar emociones.

3. **Jugador patológico con impulsividad previa**. Este subgrupo de jugadores se relaciona con características de personalidad tales como búsqueda de sensaciones y/o baja tolerancia al aburrimiento. Otras variables asociadas son el abuso de alcohol y otras drogas, intentos de suicidio, irritabilidad, conductas delictivas, relaciones interpersonales pobres, TDAH en la infancia y antecedentes familiares de conductas antisociales y alcoholismo.

Se relaciona también con un inicio precoz de la conducta de juego y con poca motivación para el tratamiento.

La Asociación Americana de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud distinguen entre jugador sin problemas (social y profesional) y jugador patológico: "*El juego patológico debe distinguirse del juego social y del profesional. El juego social tiene lugar entre amigos o compañeros y su duración es limitada, con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. En el juego profesional los riesgos son limitados y la disciplina es central. Algunos individuos presentan problemas asociados (intento de recuperación de pérdidas y pérdidas de control) que no cumplen todos los criterios para el juego patológico*" (APA, 2000).

Finalmente, algunos autores defienden que el estudio de la tipología requiere una mayor concreción, en cuanto a los niveles intermedios entre el juego normal y el patológico. Desde esta perspectiva, las distintas tipologías serían sustituidas por un continuo que abarca desde la ausencia de juego hasta el juego patológico (Blaszczynski y McConaghy, 1989; Prieto y Cañón, 2000; Shaffer, Hall y Vander Bilt, 1997).

1.4. Prevalencia

La ludopatía es un trastorno con una gran relevancia social. Sin embargo, el interés por el juego patológico es un fenómeno reciente, puesto que hasta la década de los setenta no se plantea la necesidad de conocer datos epidemiológicos sobre el mismo. A partir de los años ochenta, con el reconocimiento oficial del juego patológico como trastorno mental por la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-III), es cuando se comienzan a realizar estudios sistemáticos para conocer la incidencia de este problema.

El aumento, difusión y promoción del juego de azar, junto a las escasas limitaciones en la accesibilidad al mismo, están íntimamente ligados al incremento de la incidencia y prevalencia de la ludopatía. La fácil accesibilidad a todo tipo de juegos y apuestas (bingo, máquinas tragaperras, apuestas en línea, etcétera.), la presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera.), ha hecho aumentar considerablemente la ludopatía. 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 (Labrador y Becoña, 1994).

Según el DSM-IV (APA, 1994), la tasa de prevalencia del juego patológico entre la población adulta oscila entre el 1%-3%. No obstante, las tasas de prevalencia varían en función de los diferentes estudios epidemiológicos, tanto por la propia naturaleza de los estudios como por la representatividad de la muestra utilizada. Según los diferentes estudios, la prevalencia del juego patológico oscila entre el 0,5-3% (Allcock, 1986; Volberg y Steadman, 1988). Esta amplia variación en las estimaciones refleja en parte el estado de la cuestión, pues, por un lado, los estudios epidemiológicos son escasos y, por otro, los procedimientos utilizados a la hora de desarrollar son muy variados (Ochoa y Labrador, 1994).

Las primeras investigaciones llevadas a cabo en relación con el juego surgen en aquellos países con mayor tradición en la realización de estudios epidemiológicos y en los que el juego se halla legalizado. El país pionero fue Estados Unidos, con una tasa de prevalencia del juego patológico próxima al 3,5%, que fue decisiva para considerar al juego como un problema de salud pública de crecientes dimensiones

(Culleton, 1989; Sommers, 1988). Después, le siguieron Europa Occidental, Canadá y Australia.

En la actualidad se siguen realizando investigaciones epidemiológicas en numerosos países, aquellos con más tradición (Canadá, Australia e Inglaterra), y en otros muchos, cuya preocupación está empezando a emerger, tales como Suecia (Bergh y Kühlhorn, 1994), Noruega (Gotestam y Johansson, 2003), Rumania (Lupu, Onaca y Lupu, 2002) o Corea (Cho, Hahm, Suh et al., 2002).

Los estudios realizados sobre la epidemiología y características demográficas del juego patológico pueden clasificarse en:

a) Estudios epidemiológicos entre la población general. Los estudios llevados a cabo en la población general nos dan a conocer qué individuos están realmente afectados por el trastorno.

b) Estudios realizados con jugadores patológicos en programas de tratamiento. Los datos obtenidos entre poblaciones en tratamiento nos indican los individuos que están siendo atendidos actualmente por diferentes alternativas de tratamiento y sus características.

c) Estudios realizados con población joven.

1.4.1 Prevalencia del juego patológico en la población general

Los cálculos sobre los índices de prevalencia del juego patológico y las comparaciones internacionales entre los mismos son difíciles. En las encuestas de población se da un índice desconocido de subestimación como resultado de la falta de reconocimiento del propio estado problemático. Además, los estudios disponibles usan diferentes definiciones del juego patológico. Finalmente, algunas

investigaciones han calculado índices combinados para todos los tipos de juego recreativo, de azar y apuestas, mientras otras lo han hecho sólo para tipos específicos de juegos.

Por otra parte, los nuevos criterios diagnósticos incluidos en del DSM-IV (1994) para el jugo patológico son de gran relevancia para los estudios epidemiológicos. El instrumento utilizado hasta ahora para evaluar el juego patológico era el SOGS, que se basa en la combinación del DSM-III y el DSM-III-R. Sin embargo, se ha hablado del problema de los falsos positivos con el SOGS, ya que no se adecua al DSM-IV. Esto quiere decir que con el SOGS la prevalencia es mucho mayor que si utilizamos los criterios del DSM-IV (Lesieur, 2002; Stinchfield, 2002; Volberg, 1999).

Puesto que los datos anteriores sugieren que se ha sobreestimado la prevalencia del juego patológico en la población general, surge la idea de elaborar un nuevo instrumento basado en los criterios del DSM-IV, el NODS (NORC DSM-IV *Screen for Gambling Problems*), con el objetivo de solventar los problemas de instrumentos previos y disponer de un sistema de evaluación del juego patológico fiable (Gerstein, Murphy, Tace, et al., 1999).

Por otra parte, otros estudios llevados a cabo en distintos países han utilizado nuevos instrumentos de evaluación del juego patológico o han revisado el punto de corte del SOGS, bajándolo de 5 a 4 criterios diagnósticos (Echeburúa, Báez, Fernández y Páez, 1994).

1.4.1.1 Estudios llevados a cabo en España

Actualmente España, junto con Alemania, es el país con mayor gasto en juego *per cápita* de Europa y uno de los mayores del mundo. Es más, se puede decir que España es, probablemente, el país que más juega en apuestas de Europa y en el que más tipos de juegos existen. El incremento del juego en España ha sido exponencial desde su legalización en 1977 (Becoña, 1996). Según los datos recogidos en el libro Blanco del Juego (1986), en España existían en 1985 19 casinos, 718 bingos, 13.294 empresas recreativas y de azar, 2.187 establecimientos de Lotería Nacional, 13.000 vendedores del Cupón de Ciegos, y múltiples hipódromos, canódromos y frontones donde se hacen apuestas. Las cifras recaudadas en España en 2007 figuran en la tabla 3.

TABLA 3: CIFRAS DEL JUEGO EN ESPAÑA (2007)

	Cantidades jugadas
Juegos de gestión privada	18.838,91 €
Juegos controlados por el Ministerio del Interior	
1. Casinos	2.550,73 €
2. Bingos	3.661,43 €
3. Máquinas recreativas	12.626,75 €
Juegos controlados por el ONLAE	
1. Loterías y Apuestas del Estado	9.985,37 €
2. Lotería Nacional	5.713,52 €
3. Juegos Activos[1]	4.271,85 €
Otros juegos	
1. Cupones de la ONCE	2.165,31 €
TOTAL	**30.989,59 €**

Fuente: Memoria del Juego en España (2007). Subdirección General de Estudios y Relaciones Institucionales. Comisión Nacional del Juego. Ministerio del Interior.

1Juegos Activos: Quiniela, Quinigol, conjunto de la Primitiva (Lotería Primitiva, Gordo de la Primitiva, Bono-Loto, Euromillones), Lototurf y Quíntuple Plus.

Se considera que la tasa de prevalencia de juego patológico en España oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (Becoña, 1999; Irurita, 1996; Tejeiro, 1996). No obstante, existe un 3-4% adicional de sujetos en riesgo que tienen problemas de juego y que puede llegar en cualquier momento a la Ludopatía (Becoña, 1993; Irurita, 1996; Legarda, Babio y Abreu, 1992). Estas cifras son similares a las obtenidas en otros países (Bland, Newman, Orn y Stebelsky, 1993; Volberg y Steadman, 1988, 1989).

En España se han llevado a cabo 9 estudios representativos sobre la prevalencia del juego patológico en adultos basados en el DSM-III, DSM-III-R o SOGS.

El estudio de Cayuela (1990) encontró un 2,5% de personas jugadoras patológicas o problemáticas en la población adulta de Cataluña, utilizando el SOGS.

Legarda, Babio y Abreu (1992) llevaron a cabo un estudio en Sevilla con una muestra representativa de 598 personas, que indica la existencia de un 1,67% de probables jugadores patológicos y un 5,18% de probables jugadores-problema.

Becoña (1993) encontró una prevalencia del 1,7% de jugadores patológicos y de un 1,6% de jugadores-problema en Galicia utilizando una muestra de 1.615 personas.

Otro estudio llevado a cabo en Galicia por Becoña y Fuentes (1995), con una muestra representativa de 1.028 personas, muestra una prevalencia del 1,36% de jugadores patológicos y del 2,04% de jugadores- problema.

Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994) sugieren bajar el punto de corte del SOGS de cinco a cuatro puntos tras validar el SOGS en una muestra de la población vasca. De este modo, obtienen un 2% de jugadores patológicos en la muestra normativa.

Irurita (1996) realizó un estudio con una muestra representativa de 4.977 personas de Andalucía. El porcentaje de jugadores patológicos que se obtuvo fue del 1,8% para toda Andalucía y el de jugadores-problema del 4,4%.

El estudio de Tejeiro (1998), realizado en Algeciras (Cádiz), encuentra un 1,8% de jugadores patológicos y un 3,8% de jugadores- problema.

Los resultados obtenidos por Ramírez (1999) indican un porcentaje de 1,63% de jugadores patológicos y un 1,43% de jugadores-problema.

Finalmente, el estudio de Becoña (2004) utilizó el NODS, según criterios del DSM-IV para el juego patológico, para evaluar la prevalencia de juego en una muestra representativa de 1.624 personas adultas de Galicia. Los resultados indican que un 0,3% serían jugadores patológicos y un 0,31% jugadores-problema.

En la tabla 4 se presenta un resumen de los estudios que se han realizado en España sobre prevalencia, siguiendo los criterios del DSM-III, DSM-III-R o SOGS.

TABLA 4: ESTUDIOS DE PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO EN ESPAÑA

	Instrumento de evaluación	% Jugador patológico	% Jugador problema	Muestra	N
Cayuela (1990)	SOGS	2,5%		Cataluña	1230
Legarda, Babio y Abreu (1992)	SOGS	1,7%	5,2%	Sevilla	598
Becoña (1993)	DSM-III-R	1,7%	1,6%	Galicia	1615
Becoña y Fuentes (1995)	SOGS	1,4%	2,0%	Galicia	1028
Echeburúa, Báez, Fernández y Páez (1994)	SOGS	2%		País Vasco	72
Irurita (1996)	DSM-IV	1,7%	3,3%	Andalucía	4977
Tejeiro (1998)	SOGS	1,9%	3,8%	Cádiz	419
Ramírez (1999)	SOGS	1,6%	1,4%	Andalucía	3000
Becoña (2004)	NODS	0,3%	0,3%	Galicia	1624

SOGS= South Oaks Gambling Screen
NODS=NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems

A partir de estos datos, y extrapolando los de otros países, se ha estimado la tasa de jugadores patológicos en España, a mediados de la década pasada, en un 1,5% y la de los jugadores-problema en un 2,5%. Esto significaría 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 (Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo, 1995).

1.4.1.2. Estudios llevados a cabo en otros países

El primer estudio sobre la incidencia de juego patológico en población general se realizó en 1974. Esta investigación determinó que en Estados Unidos existían 1,1 millones de "probables jugadores compulsivos" y un total de 3,3 millones de "potenciales jugadores compulsivos", lo que representaba el 0,77% y el 2,33%, respectivamente, de la población adulta (Kallick, Smits, Dielman, y Hybels, 1979). Posteriormente, se realizaron investigaciones más sistemáticas en diferentes estados de EE. UU. y Canadá utilizando el *South Oaks Gambling Screen (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987) como medida del problema. Así, se facilitaba la comparación de los datos obtenidos en diferentes investigaciones y se unificaban criterios para los conceptos de jugadores-problema y patológicos.

Desde entonces hasta la actualidad, el 71,8% de los estudios de prevalencia del juego patológico han sido realizados en Canadá, Estados Unidos y Australia. Europa tiene baja participación, destacándose principalmente Suecia, Noruega, Inglaterra, Suiza y España (Muñoz-Molina, 2008).

Actualmente, la prevalencia de la ludopatía es relativamente estable y consistente en diferentes países, independiente del instrumento utilizado (Stucki y Rihs-Middel, 2007). La mayoría de los estudios norteamericanos coinciden al establecer la prevalencia entre el 1,8 y el 3,5% de la población adulta (Petry y Mallya; 2004; Welte, Barnes, Wieczorek, et al., 2004). En Canadá, la prevalencia se sitúa entre el 0,5 (Jaques, Ladouceurm y Ferland, 2000) y el 3,5% (Cox, Kwong, Michaud y Enns 2000). En Australia las tasas de prevalencia se sitúan entorno al 2% (Gill, Dal Grande y Taylor, 2006; Hing y Breen, 2002; Schofield, Mummery, Wang y Dickson et al., 2004). Por otra parte, los cálculos aproximados de la prevalencia a nivel europeo

oscilan entre 0,6% y 1,2% en poblaciones adultas (Abott, Volberg y Rönnberg, 2004; Gottestam y Johansson, 2003; Volberg Abbott, Rönnberg, y Munck, 2001). En la tabla 5 se aprecia una síntesis de los estudios analizados.

TABLA 5: ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LA PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO EN OTROS PAÍSES

Autor	País	Muestra	Instrumento	Prevalencia en %
Gill et al. (2006)	Australia	6.045	SOGS-M	2%
Kairouz et al. (2005)	Canadá	5.332	CPGI	1,7%
Cunningham-Williams et al. (2005)	EE.UU	1.142	DSM-IV	2,5%
Cox et al. (2005)	Canadá	34.770	CPGI	2%
Wiebe y Cox (2005)	Canadá	1.000	SOGS-R	1,2%
Westermeyer et al. (2005)	EE.UU	1.228	DSM-IV	7,6%
Fong y Ozorio (2005)	China	1.121	GBI	1,8%
Petry y Mallya (2004)	EE.UU	2.986	SOGS	1,8%
Welte et al.(2004)	EE.UU	2.631	DSM-IV	3,5%
Abott et al. (2004)	Nueva Zelanda Suecia	7.139 6.452	SOGS-R	1,2% 1%
Cox et al. (2004)	Canadá	1.489	DSM-IV	1,3%
Schofield et al. (2004)	Australia	1.029	SOGS	1,7%
Gottestam y Johansson (2003)	Noruega	2.014	DSM-IV	0,6%
Wong y So (2003)	China	2.004	GBI	1,8%
Hing y Breen (2002)	Australia	3.000	SOGS	3%
Welte et al. (2001)	EE.UU	2.638	SOGS	1,9%
Volberg et al. (2001)	Suecia	9.917	DSM-IV	0,6%
Cox et al. (2000)	Canadá	738	SOGS	3,5%
Jacques et al. (2000)	Canadá	880	SOGS	1,1-1,8% (Hull) 0,5-0,9% (Québec)
Bandolfi et al. (2000)	Suiza	2.526	SOGS	0,8%

Abbott y Volberg (2000)	Nueva Zelanda	6.452	SOGS-R	0,5%
Rönnberg (2000)	Suecia	9.917	SOGS	0,6%
Ferris y Wynne (2000)	Canadá	3.120	CPGI	0,7%
Ladouceur (1996)	Canadá	1.257	SOGS	2,6%
Gernstein et al. (1999)	EE.UU	2.417	NODS	0,1%
Blaszcinski et al. (1998)	Australia	2.000	SOGS	2,9%
Cunningham-Williams et al. (1998)	EE.UU	3.004	DSM-III	0,9%

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

1.4.2 Prevalencia del juego patológico en población clínica

Existen numerosos estudios epidemiológicos realizados en población general (Becoña, 1993, 2004; Culleton y Lang, 1984; Culleton, 1985; Kallick, Smits, Dielman y Hybels, 1979; Volberg, 1991, 1994, 1996). Sin embargo, se encuentran menos estudios epidemiológicos realizados con muestras en programas de tratamiento. En esta línea, tanto Volberg (1991; 1994) como Lesieur (1988) hallaban un alto porcentaje de varones, de raza blanca, casados, con estudios medios y con una edad comprendida entre los 30 y 40 años. En cuanto a la edad de inicio de la conducta de juego, la mayoría de autores la sitúan entre los 21-30 años e incluso en edades más tempranas (Bland, Newman, Om y Stebelsky, 1993; González Ibáñez, Jiménez-Murcia, Aymami et al., 1997; Griffiths, 1990; 1995; Rosenthal y Lesieur, 1990).

En España, González Ibáñez (1994) también encuentra entre jugadores patológicos en programas de tratamiento un predominio de varones (86,7%), casados (71,7%), con una edad comprendida entre los 25 y los 40 años (50%), con estudios primarios (70%), con actividad laboral cualificada (53%) y con un nivel socioeconómico medio (77%). Respecto al tipo de juego, la mayoría de ellos tenían como primer juego problemático las máquinas recreativas con premio. Estos resultados no se diferenciaban de los encontrados en estudios previos (Becoña, 1991, 1996; Becoña, Labrador, Echeburúa, et al., 1995; González Ibáñez, Mercadé, Aymami y Pastor, 1992).

1.4.3 Prevalencia de juego patológico en población joven

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los jugadores patológicos adultos se inician en el juego de azar durante la adolescencia o la juventud (Jacobs, 2000; Dell, Ruzicka y Palisi, 1981; Fisher, 1993; Griffiths, 1995; Ide-Smith y Lea, 1988; Ladouceur, Dubé y Bujold, 1994).

Asimismo se ha observado también un incremento en los últimos años del número de jugadores jóvenes que podrían ser diagnosticados como jugadores patológicos (Hardoon, Gupta y Derevnsky, 2004). Los diferentes estudios realizados sobre la prevalencia de juego en jóvenes y adolescentes muestran que la conducta de juego en esta población es mayor que en los adultos (Becoña, 1993; Fisher, 1993; Jacobs, 1989; Labrador y Becoña, 1994; Ladouceur y Mireault, 1988; Lesieur et al., 1991; Ochoa et al., 1994; Shaffer y Hall, 1996; Zitlow, 1992).

Estudios recientes muestran porcentajes entre el 0,8% (Huang et al., 2007) y el 5,2% (Engwall, Hunter y Steinberg, 2004) de jugadores-problema en Estados Unidos. En Canadá la tasa de

prevalencia oscila entre el 1,4% (Williams Connolly, Wood, y Nowatzki, 2006) y el 6% (Derebenski y Gupta, 2000). En Europa el porcentaje de jugadores entre los jóvenes es similar al de otros países, situándose entre el 1,7% (Johanson y Gotestam, 2003) y el 6,8% (Lupu, Onaca y Lupu, 2002). A continuación, se presentan los estudios más recientes llevados a cabo en la población joven en otros países (tabla 6).

TABLA 6: ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LA PREVALENCIA DEL JUEGO PATOLÓGICO EN POBLACIÓN JOVEN

Autor	País	Muestra	Instrumento	Prevalencia en %
Huang et al. (2007)	EE. UU.	20.739	DSM-IV	0,8%
Ellenbogen et al. (2007a)	Canadá	1.265	DSM-IV-MR-J	3%
Ellenbogen et al. (2007b)	Canadá	7.819	DSM-IV-MR-J	3,7%
Delfabro, Lahn, y Grabosky. (2006)	Australia	925	DSM-IV-J	4,4%
Olason, Sigurdardottir y Smari (2006)	Islandia	750	DSM-IV-MR-J	2%
Williams et al. (2006)	Canadá	585	CPGI	1,4%
Hardoon, Gupta y Derevensky (2004)	Canadá	2.336	DSM-IV-MR-J	4,9%
Langhinrichsen-Rohling et al. (2004)	EE. UU.	1.735	SOGS-RA MAGS-7	4,6% 1,7%
Engwall et al. (2004)	EE. UU.	1.349	SOGS	5,2%
Johanson y Gotestam (2003)	Noruega	3.237	DSM-IV	1,7%
Hardoon et al. (2003)	Canadá	980	GA	5,8%
Lupu, Onaca y Lupu (2002)	Rumania	500	GA	6,8%
Shapira et al. (2002)	EE. UU.	1.051	DSM-IV	3,8%
Poulin (2000)	Canadá	13.546	SOGS-RA	3,4%
Deverenski y Gupta (2000)	Canadá	980	GA-20	6%
Ladouceur, (1999)	Canadá	3.426	SOGS	2,6%

Fisher (1999)	Inglaterra	9.774	DSM-IV-MR-J	5,6%
Winters et al. (1998)	EE. UU.	1.361	SOGS	3%
Gupta y Derebenski (1998)	Canadá	817	DSM-IV-J	4,7%

DSM-IV-J= The Diagnostic Statistical Manual IV Adapted for Juveniles

DSM-IV-MR-J= The Diagnostic Statistical Manual IV-Multiple Response-Adapted for Juveniles

CPGI= Canadian Problem Gambling Index

SOGS= South Oaks Gambling Screen

SOGS-RA= South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents

MAGS-7= Massachusetts Gambling Screen (short version)

GA-20= Gamblers Anonymous Twenty Questions

En España, sólo se han realizado estudios parciales sobre el juego patológico o el juego problemático en niños y adolescentes, siendo la prevalencia del juego patológico en esta población en torno al 2% (Arbinaga, 1996; Becoña, 1997a; Becoña y Gestal, 1996; Becoña, Míguez y Vázquez, 2001a, 2001b; Villa, Becoña y Vázquez, 1997).

Respecto al tipo de juego preferido por los adolescentes, las máquinas recreativas son el tipo de juego más popular entre los adolescentes (Griffiths, 1989; Morán, 1987). Por otra parte, la conducta de juego en los jóvenes se relaciona con las siguientes variables: el inicio de juego precoz (8 años o antes), el juego en solitario, el consumo de tabaco y alcohol, la afición a los videojuegos y la presencia de antecedentes familiares de problemas de juego (Fisher, 1993).

1.5. Proceso de adicción al juego y curso del trastorno

1.5.1 Proceso de adicción al juego

Diversos autores han tratado de estructurar el proceso a través del cual una persona pasa de ser un jugador social a un jugador patológico. Generalmente se trata de un proceso largo, que puede durar años y que suele comenzar en la adolescencia. No obstante, una vez que el ludópata comienza a jugar, hay patrones uniformes de desarrollo y progresión, con complicaciones predecibles (Custer, 1984; Lesieur y Custer, 1984).

Lesieur (1984) describe una espiral de deterioro típica en el comportamiento de los jugadores que acaban convirtiéndose en patológicos. Inicialmente las personas se acercan al juego desde una perspectiva lúdica, para divertirse o pasar el rato. Incluso en un primer momento es posible que también esté presente el objetivo de ganar dinero de forma fácil y rápida. Posteriormente comienzan a jugar de forma sistemática y cada vez con mayor frecuencia, en parte por el placer del juego, y en parte por el riesgo que conlleva y la situación de reto que supone. Una vez que han comenzado a jugar de forma sistemática, empiezan a producirse, además de un incremento importante de las conductas de juego, pérdidas económicas que, salvo casos excepcionales, van acumulándose. En estos momentos, en especial si el jugador no tiene otras alternativas, pasa a jugar ya no a causa de su problema o del posible reto que suponga, sino como una posible solución. De esta forma comenzará a buscar más dinero para jugar y así poder recuperar lo perdido hasta la fecha. Sus pensamientos erróneos respecto a su capacidad de controlar el juego guían esta actuación, pero el resultado no varía: las pérdidas son cada vez mayores y, en consecuencia, el endeudamiento experimentado. El deseo de conseguir más dinero para apostar,

obligado por la necesidad de recuperar lo perdido, es lo que le conducirá a problemas económicos y personales. A nivel económico, los recursos no son ilimitados, en especial si la cantidad de dinero apostada es cada vez mayor. Y a nivel personal, sus pensamientos y sus actuaciones estarán cada vez más centrados en el juego, interfiriendo en los aspectos profesionales, sociales y personales de su vida, que quedarán sometidos a su interés por el juego.

Según Custer (1982), el desarrollo y la progresión del juego patológico también siguen un patrón uniforme. El juego suele comenzar habitualmente en la adolescencia, transcurriendo desde las primeras apuestas hasta la pérdida total del control un promedio de cinco años (con límites entre uno y veinte años). El principal factor mantenedor del juego es el estrés que se genera a causa de las pérdidas financieras, así como el sentimiento de inadecuación personal y la baja autoestima que el jugador experimenta cuando pierde. Por otra parte, en el caso de ganar, se genera un estado de euforia y una mejora de la autoestima que le hace sentirse como una persona respetable, con influencias, lo cual le incita a seguir jugando. De este modo, el jugador experimenta un estado de tensión, tanto si pierde como si gana, que le impulsa a continuar jugando y le dificulta el poder abandonarlo. La persona jugadora pasa entonces por tres fases: *ganancia*, *pérdida* y *desesperación* (Custer, 1984).

1) **Fase de ganancia.** La persona juega todavía poco y es introducida en esta actividad como una fuente de entretenimiento, excitación y diversión. En esta fase, el jugador atraviesa un período de suerte donde se producen frecuentes episodios de obtención de premios, que le conducen a una mayor excitación e implicación en el juego, creyéndose que es un jugador excepcional, resultado de sus habilidades personales. De esta forma, comenzará a creer en su propio sistema y las grandes

ganancias alimentarán su autoestima y su imagen de gran jugador. Tales ganancias le producen una gran excitación y expectativas de que puede aún ganar más dinero. Por tanto, comienza a dar gran importancia a las ganancias y a minimizar las pérdidas. El posible refuerzo social que recibe de sus amistades desempeña también un papel crucial en el mantenimiento de estas expectativas irracionales acerca del control sobre el azar. Las pérdidas son atribuidas a factores externos, tales como una mala racha, malos consejos o la mala suerte.

Esta fase puede mantenerse desde varios meses a varios años y suele concluir con una gran ganancia, que, sumada a los triunfos anteriores, hace pensar que no sólo se puede repetir en el futuro, sino que incluso puede llegar a ser mayor.

2) **Fase de pérdida**. El precursor de esta segunda fase es un optimismo desmesurado acerca de la posibilidad de ganar, que conduce al jugador a aumentar progresivamente la frecuencia y la cantidad de dinero invertidos en el juego, lo que incrementa a su vez las pérdidas. La conducta de juego pierde su contexto social, y el jugador comienza ahora a jugar solo. Para hacer frente a las pérdidas, la persona se va endeudando y continúa jugando para obtener dinero, de modo que entra en un círculo vicioso del que le resulta difícil salir. El jugador cada vez juega más para intentar resarcirse de sus deudas, cada vez pierde más y las pérdidas son mayores. Ahora ya no juega para ganar, sino para recuperar lo perdido. Busca nuevas fuentes de las que obtener dinero para emplear en el juego. Préstamos, sueldo gastado en el juego, pequeños robos o estafas, relaciones familiares, sociales y laborales deterioradas, son algunas de las consecuencias que agravarán aún más el problema al no conseguir dinero y perder el que han conseguido. En este momento habitualmente se produce

un período de tregua con la familia, para obtener dinero, pagar los préstamos e intentar dejar de jugar.

3) **Fase de desesperación**. La primera fianza que el jugador obtiene de la familia sirve para saldar ciertas deudas y marca el comienzo de la tercera fase. Según Lesieur y Rosenthal (1991), ésta surge cuando se pasa el límite, es decir, cuando se comienzan a realizar actividades con objeto de obtener dinero que anteriormente no se habían llevado a efecto. Durante la fase de desesperación, el entorno del jugador seguirá prestando dinero para pagar más deudas a costa de una constante erosión de dichas relaciones, ya que se dan cuenta de que no sólo no hay una devolución del dinero, sino que además continúa la conducta de juego. Como en las fases anteriores, se incrementa de nuevo el tiempo y el gasto de dinero dedicados al juego, pero por primera vez aparece un estado de pánico causado por las cuantiosas deudas, el deseo de pagarlas con celeridad, el alejamiento de la familia y los amigos, la mala reputación y el deseo de recuperar los primeros días de ganancias. En un principio, todos estos motivos le dirigen hacia el objetivo de conseguir esa gran ganancia que le solucione todos los problemas, incrementando, por tanto, el riesgo asumido y el juego irracional, para posteriormente desvanecerse dicho optimismo. En este punto, aumenta el riesgo de delinquir o de buscar vías de préstamos ilegales (Rosenthal y Lorenz, 1992). Asimismo aparecen o se consolidan trastornos psicológicos y psicofisiológicos: incremento del nerviosismo e irritabilidad, problemas de sueño, estado de ánimo depresivo e ideas o intentos de suicidio. En este momento es probable que el jugador perciba pocas alternativas a su situación: el suicidio, la cárcel, huir de la situación o buscar ayuda.

Lesieur y Rosenthal (1991) añaden a las fases propuestas por Custer una cuarta fase: la de desesperanza o abandono.

4) **Fase de desesperanza o abandono**. En esta fase los jugadores asumen que nunca podrán dejar de jugar. Incluso sabiendo que no van a ganar, siguen jugando. El pronóstico en esta fase es muy negativo ya que la conducta de juego compulsivo se une al convencimiento de que es inútil hacer nada para intentar solucionarlo.

La historia del jugador patológico va a depender de la interacción entre el juego en sí mismo y las alternativas que el jugador emplee para financiarse esta actividad. La *caza de las pérdidas* producto del juego y la búsqueda de acción para su propio deleite se pueden ver incrementadas o facilitadas por seis aspectos (Lesieur, 1979):

1. *Préstamos de diversas instituciones*. Permiten seguir jugando con el doble objetivo de recuperar las pérdidas y poder además devolver dicho anticipo.

2. *La familia*. En el proceso del juego, la familia actúa como un catalizador inconsciente, ya que muchos jugadores recurren a los ahorros de cuentas conjuntas o de cualquier otra forma de inversión, empeñan propiedades comunes y piden préstamos sin el conocimiento de los familiares.

3. *El trabajo*. La situación laboral no produce por sí misma el incremento del juego, pero el tiempo libre en trabajos poco supervisados o el hecho de trabajar por cuenta propia proporcionan oportunidades que podrían intensificar el problema.

Por otra parte, cualquier hurto, desfalco o malversación realizada en el trabajo va a provocar una tensión adicional, que acelera el proceso de deterioro.

4. *El corredor de apuestas*. Las apuestas realizadas a través de un corredor de apuestas incrementan la implicación en el juego por el crédito adquirido y por el miedo a la reacción de dicho intermediario. La naturaleza del crédito en las apuestas deportivas permite al jugador apostar con dinero que no tiene, pero si pierde la apuesta, tendrá que pagar. Esto sólo va a fomentar que juegue más con la esperanza de ganar para poder devolver las deudas y no sufrir ningún tipo de violencia.

5. *Las amistades en el mundo del juego*. Para quienes juegan con amistades que también se dedican a esta actividad, sus pérdidas adquieren un gran valor pues evidencian la falta de esas habilidades ensalzadas en el grupo. El deseo de mostrarse como ganador produce un encubrimiento de tales pérdidas y una urgencia por ganar de cara a recuperar la autoestima. Si además algún miembro del grupo tiene problemas con el juego, el grupo se convierte en una fuente alternativa de dinero disponible.

6. *El delito*. Los delitos de préstamo, tales como los créditos fraudulentos, los hurtos, las falsificaciones y, en definitiva, cualquier tipo de estafa son los inductores más severos a un juego de proporciones cada vez mayores.

Por último, revisando los diversos estadios de apogeo o decadencia por los que trascurre este trastorno, se podría añadir que cada episodio de juego se convierte en la réplica a pequeña escala de esa evolución que suele durar años.

1.5.2 Curso del trastorno

El juego patológico es un trastorno crónico y progresivo caracterizado por frecuentes recaídas. Aunque algunos sujetos quedan atrapados desde su primera apuesta, para la mayoría el curso es más insidioso. Normalmente hay una continuidad de años de juego social seguidos de un comienzo brusco, que puede ser precipitado por una mayor exposición al juego o por estrés. La edad de inicio en el juego y la edad de comienzo del juego patológico se diferencian en función del sexo; los varones empiezan a jugar de manera más temprana y las mujeres más tardíamente. El patrón de juego puede ser regular o episódico, y el curso del trastorno es crónico. En general, hay una progresión en la frecuencia de juego, la cantidad apostada, la preocupación por el juego y la obtención de dinero con el cual jugar. La urgencia de apostar o de jugar aumenta generalmente durante los períodos de estrés o depresión (APA, 1994).

1.6 Comorbilidad

En los últimos años se ha producido un interés creciente por el estudio de los trastornos duales en el ámbito de las conductas adictivas (Tenorio y Marcos, 2000). De hecho, hay una alta tasa de comorbilidad en la población adicta, que influye claramente en los resultados terapéuticos (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa, Illescas, Lorea y Zarzuela, 2004).

En lo que respecta al juego patológico, la mayoría de la información disponible deriva de observaciones aisladas de trastornos presentes en grupos clínicos de jugadores, si bien pocos estudios han abordado la investigación sistemática de la comorbilidad psiquiátrica en jugadores patológicos. Sin embargo, el estudio de la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es de gran relevancia, puesto que,

además de ser un factor de riesgo para el desarrollo del juego patológico, representa un factor condicionante no sólo en el pronóstico del trastorno, sino también en la elección del tratamiento más adecuado (Shaffer, Hall y Vander Bilt, 1999).

Es probable que los jugadores patológicos que buscan ayuda presenten con mayor frecuencia comorbilidad psiquiátrica, siendo ésta un factor que puede favorecer la búsqueda de tratamiento. De hecho, es frecuente que los pacientes busquen ayuda inicialmente más por otros trastornos psiquiátricos que por el juego patológico.

La comorbilidad de enfermedades mentales en los jugadores es alta. Se estima que aproximadamente un 54% de jugadores patológicos tienen un trastorno en el eje I y que un 25% tienen una comorbilidad del eje II (Bahamón, 2006). Desde una perspectiva psicopatológica, los trastornos del estado de ánimo (depresión e hipomanía, fundamentalmente) y las conductas adictivas son los trastornos más frecuentemente observados (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994; McCormick, Russo, Ramírez y Taber, 1984). No obstante, el juego patológico puede estar asociado con diversas patologías, como, por ejemplo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos de la alimentación, trastornos psicosomáticos, trastornos del control de los impulsos y trastornos psicóticos (González-Ibáñez, 2006; Moreyra, Ibáñez, Liebowitz, Saiz-Ruiz y Blanco, 2002).

1.6.1 Abuso de alcohol y de otras drogas

Existe una importante relación entre el juego patológico y el consumo excesivo de alcohol o de otras drogas (Petry, Stinson y Grant, 2005; Ladd y Petry, 2003; Kessler et al, 2008). El consumo de sustancias adictivas puede responder a motivaciones distintas, tales como la potenciación de la estimulación y del placer, el enfrentamiento a las vivencias del juego, el olvido de las pérdidas o la sustitución de la adicción. En algunas ocasiones los sujetos que abusan del alcohol sustituyen la dependencia del alcohol por el juego, en el proceso de deshabituación, o viceversa (es decir, que la persona comienza a consumir o a depender de drogas ilegales al dejar de jugar, ya que encuentra en el consumo la sensación de euforia y alteración de la conciencia que le procuraba el juego). Por otra parte, en los sujetos con antecedentes de alcoholismo, pero que se encuentran en abstinencia, el desarrollo del juego patológico puede hacerlos recaer en el alcoholismo (Toneatto y Millar, 2004).

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que es frecuente encontrar altas tasas de abuso de alcohol y de alcoholismo entre los jugadores patológicos (Becoña, 1993; Dell, Ruzicka y Palisi, 1981; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Lorea, 2006; Lesieur, 1984; Petry, Stinson y Grant, 2005; Specker, Carlson, Edmonson, Johnson y Marcotte, 1996). La tasa de prevalencia del consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre los jugadores patológicos oscila alrededor del 15% (Lesieur, Blume y Zoppa, 1986; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez-Martos, 1987, 1989), aunque en algunos estudios esta tasa es aún mayor, llegando hasta un 40-50% de abuso de alcohol o de otra sustancia psicoactiva (Báez et al., 1994; Cusack, Malaney y DePry, 1993; Petry, Stinson y Grant, 2005; Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983).

En el caso concreto del alcoholismo, se han encontrado tasas elevadas de prevalencia del juego patológico en muestras de pacientes alcohólicos (Daghestani, Elenz y Crayton., 1996; Rodríguez-Martos, 1989; Sellman, Adamson et al., 2002; Spunt, Dupont, Lesieur, Liberty y Hunt, 1998; Welte et al., 2004). Los factores de riesgo para el juego patológico en pacientes alcohólicos son los siguientes: a) el sexo masculino; b) tener antecedentes familiares de juego (el 62% de los jugadores tienen padre jugador y el 30% madre jugadora); y c) frecuentar lugares de juego durante la adolescencia (Sadock, Sadock y Kaplan, 2004).

Por otra parte, son varios los estudios que muestran mayores tasas de juego patológico entre la población drogodependiente en general (Spunt, Dupont, Lesieur, Liberty y Hunt, 1998; Toneatto y Brennan, 2002; Toneatto, Ferguson y Brennan, 2003).

1.6.2 Trastornos del estado de ánimo

El juego indudablemente influye en el estado emocional de la persona que realiza esta conducta. Los múltiples problemas que acarrea el juego pueden producir problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o descontrol, etcétera.

En los jugadores patológicos en tratamiento, como ocurre con otras personas con trastornos adictivos, suele ser normal encontrar una puntuación elevada en las escalas que evalúan la sintomatología depresiva, como el MMPI, BDI, SADS, SCL-90, etcétera. (Becoña, 1993; Becoña, Lorenzo y Fuentes, 1996; McCormick y Taber, 1988).

En la experiencia clínica se observa una notable incidencia de comorbilidad entre el juego patológico y los trastornos afectivos (Argo y Black, 2004; Petry, Stinson y Grant, 2005; Kim et al., 2006)

especialmente la depresión mayor y el trastorno bipolar (Petry, Stinson y Grant, 2005; Kessler et al, 2008).

García, Díaz y Aranda (1993) encontraron que el 16% de los jugadores cumplía los criterios diagnósticos de depresión mayor y que el 41% manifestaba haber tenido episodios depresivos antes de acudir al tratamiento. En un 5% de los casos hubo intentos autolíticos. Otros estudios han encontrado tasas más elevadas de comorbilidad. Se estima que hasta un 76% de los pacientes con diagnóstico de juego patológico cumplen criterios para el trastorno depresivo mayor y que aproximadamente el 28% tienen episodios depresivos recurrentes. A menudo los jugadores presentan ideación autolítica (Newman y Thompson, 2003; Petry y Kiluk, 2002). Hasta un 97% de los jugadores tienen riesgo de suicidio y el 27% se suicidan (Ladouceur, Dube, y Bujold, 1994). También se ha observado que el 18% de los pacientes que sufrieron de depresión continúan con este trastorno a pesar de la abstinencia al juego (Crockford y El-Guebaly, 1998; Pietrzak, Lad y Petry, 2003).

Por otra parte, se han observado altos porcentajes de distimia, de hipomanía (38%) y de manía (8%) en estos pacientes. La tasa de tentativas de suicidio en este grupo ronda el 20%. Esto, si se asocia con la clínica presentada, refuerza la posibilidad de que el juego patológico forme parte del espectro bipolar (Linden, Pope y Jonas, 1986; Petry y Armentano, 1999).

Todo lo anterior sugiere, por tanto, que un porcentaje importante de los jugadores patológicos tiene asociados problemas de depresión. En cambio, no hay un total acuerdo sobre si la depresión es previa o posterior al problema de juego, planteándose hipótesis opuestas. Se ha sugerido que el juego puede servir para aumentar el estado de ánimo (Roy, Custer, Lorenz y Linnoila, 1988). Sin embargo,

actualmente parece ser que la depresión surge a causa de los problemas que ocasiona el juego (McCormick y Taber, 1988), lo que explicaría la mayor incidencia de sintomatología depresiva, ideación suicida o intentos autolíticos en este subgrupo, al compararlo con los jugadores patológicos que no buscan ayuda (Lesieur, 1984; Taber, McCormick y Ramírez, 1987).

1.6.3 Trastornos de ansiedad

La comorbilidad entre el juego patológico y los trastornos de ansiedad no se ha podido establecer de una manera sólida y clara. Lo que sí parece claro es que los jugadores suelen presentar grados altos de ansiedad cuando acuden a buscar ayuda por su trastorno (Blaszczynski y McConaghy, 1989). Algunos estudios sostienen que para algunos jugadores patológicos el juego constituye una estrategia de evitación de la ansiedad o de la emoción depresiva (Blaszczynski, Wilson y McConaghy 1986; APA, 1980), mientras que en otros casos el juego es una vía para conseguir incrementos importantes en el nivel de activación, tanto a nivel fisiológico, como cognitivo. En cualquier caso, es probable que, al menos en parte, la sintomatología ansiosa sea una manifestación del malestar psicológico creado en el jugador como consecuencia de la situación problemática creada por el juego y sus repercusiones. Es decir, el mantenimiento de la conducta de juego conlleva el incremento de las pérdidas financieras, de la conflictividad familiar y, en definitiva, de la ansiedad, que, a su vez, retroalimenta la conducta de jugar (Greenberg, 1980; Lesieur y Rosenthal, 1991).

El diagnóstico comórbido con trastornos de ansiedad propiamente dichos se ha estimado en tasas diferentes. En el estudio llevado a cabo por Ibáñez et al., (2001) se ha obtenido una prevalencia a lo largo de la vida del 7%. A su vez, Petry, Stinson y

Grant (2005) ofrecen un porcentaje del 41.3%. Los diagnósticos más frecuentes son el trastorno de pánico, las fobias y la ansiedad generalizada (Kessler et al., 2008; Petry, Stinson y Grant, 2005). En otros estudios también se ha encontrado comorbilidad con el TOC (Rodríguez y Gómez, 1998; Linden, Pope y Jonas, 1986) y el estrés postraumático (Kesler et al., 2008).

1.6.4 Trastornos de la personalidad

La relación existente entre el juego patológico y las dimensiones de personalidad dista de ser clara. Así, los resultados obtenidos en las dimensiones estudiadas (el neuroticismo, el psicoticismo, la extraversión o la búsqueda de sensaciones) son contradictorios (Echeburúa, 1992). No obstante, los estudios llevados a cabo con impulsividad reflejan el alto grado de impulsividad existente entre los jugadores patológicos (Blaszczynski, Steel y McConaghy, 1997; Castellani y Rugle, 1995; Steel y Blaszczynski, 2002; Blaszczynski, Steel y McConaghy 1997; Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999; Forbush, Shaw, Graeber, et al., 2008). De hecho, estos estudios dan cierto apoyo a la clasificación del juego patológico como un trastorno del control de los impulsos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).

En cuanto al tipo de trastornos de personalidad comórbidos con la ludopatía, se observa una amplia heterogeneidad de trastornos que no permite establecer un perfil homogéneo de personalidad en este tipo de pacientes. El trastorno *esquizotípico* de la personalidad (Lesieur y Blume, 1990), el trastorno de personalidad por *evitación* (Specker, Carlson, Edmonson, Johnson y Marcotte, 1996), el trastorno *límite* (Blaszczynski y Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2004) o el *obsesivo-compulsivo* (Black y Moyer, 1998; Petry, Stinson y Grant,

2005) son los que aparecen con más frecuencia en las muestras de jugadores patológicos.

Por otra parte, la mayor parte de los trastornos de personalidad encontrados en los jugadores patológicos tienden a estar en la categoría B del DSM-IV-TR (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Kruedelbach, Walker, Chapman, Haro, Mateu y Leal, 2006). El trastorno de mayor prevalencia es el trastorno *narcisista* de la personalidad, seguido del trastorno *antisocial* y del trastorno *pasivo-agresivo* de la personalidad. Esto explicaría el papel desempeñado por la impulsividad en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2008; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006).

1.6.5 Déficit de atención e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de diversas adicciones, y también del juego patológico, en la vida adulta. La relación entre juego patológico y TDAH postulada por diversos autores se basa en los resultados de algunos estudios:

a) Antecedentes en ludópatas de haber presentado durante la infancia conductas relacionadas con dicho trastorno (Carlton Manowitz, McBride, Nora, Swartzburg y Goldstein, 1978; Rugle y Melamed, 1993).

b) En estudios electroencefalográficos se encuentran en ambos trastornos alteraciones similares, como una deficitaria diferenciación hemisférica, mientras que en otros estudios se encuentran alteraciones en los lóbulos frontales y temporales (Carlton y Golstein, 1987; Carlton y Manowitz, 1987).

Por otra parte, algunos estudios han hallado también déficit de atención e hiperactividad en jugadores patológicos adultos, al informar de hasta un 20% de comorbilidad (Specker, Carlson y Christenson, 1995).

1.6.6 Trastornos de la conducta alimentaria

Algunos estudios han encontrado que existe comorbilidad entre el juego patológico y los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, no hay estudios suficientes para hacer una aproximación de prevalencia entre el juego patológico y esta entidad (Crockford y El-Guebaly, 1998).

1.6.7 Trastornos psicosomáticos

Se ha observado una notable incidencia de trastornos psicosomáticos entre los jugadores patológicos (Martínez-Pina, Guirao, Fusté, et al., 1991; Lorenz y Yaffee, 1986). Es frecuente que en los autoinformes sobre salud física aparezcan reflejados dolores estomacales, insomnio, desmayos o sensación de vértigo, dolores de cabeza o migrañas, asma, presión sanguínea elevada, contracturas musculares en cuello o espalda, y dermatitis o erupciones (Lorenz y Yaffee, 1986).

La presencia de trastornos psicosomáticos en los jugadores patológicos puede estar asociada a los síntomas de abstinencia que sufren en algunas ocasiones al dejar de jugar, de modo semejante a lo que les ocurre a los adictos a sustancias psicoactivas. Los síntomas más importantes son insomnio (50 %), cefaleas (36%), trastornos digestivos o diarrea (34%), pérdida del apetito (29%) y palpitaciones (26%). Otros síntomas frecuentes son temblor (19 %), calambres o dolores musculares (17%), dificultad en respirar (13%), sudoración

(12%), estremecimiento o fiebre (6,5%) (Rosenthal y Lesieur, 1992).

Los jugadores patológicos, por tanto, están predispuestos a presentar trastornos psicosomáticos del tipo de cefaleas, migrañas, trastornos del aparato digestivo y alteraciones del ciclo vigilia-sueño (García, Díaz y Aranda, 1993).

1.6.8 Trastornos del control de los impulsos

En relación a la comorbilidad con otros trastornos del control de los impulsos, algunos autores han señalado que la impulsividad, y de forma más específica la capacidad para controlar los impulsos, es un rasgo destacado en poblaciones de adictos, incluyendo entre éstos a los jugadores patológicos (Castellani y Rugle, 1995; Grant y Kim, 2003; Specker, Carlson, Christeson y Marcotte, 1995).

Black y Moyer, (1998) encontraron que el 43% de los jugadores tenían al menos comorbilidad con otros trastornos en el control de los impulsos, y el más frecuentemente encontrado era las compras compulsivas (23%), seguido por la conducta sexual compulsiva (17%) y el trastorno explosivo intermitente (13%).

Estudios recientes han sugerido también una relación entre el juego patológico y otros trastornos en el control de impulsos, como el comportamiento sexual compulsivo, el trastorno explosivo intermitente y la cleptomanía (Sumitra y Miller, 2005).

CAPÍTULO 2.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO

2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO

El interés científico por el juego patológico es relativamente reciente, ya que hasta 1980 la ludopatía no es reconocida como un trastorno mental (American Psychiatric Association, APA). No obstante, se han desarrollado una gran diversidad de teorías y modelos explicativos que intentan explicar el origen y el mantenimiento del juego patológico.

Las *teorías psicoanalíticas* fueron las primeras en ofrecer una explicación del fenómeno del juego, contribuyendo a la superación del modelo moral -por el que el juego excesivo era considerado un vicio- y a la instauración de un modelo de enfermedad. Desde esta perspectiva se ha señalado que el narcisismo era uno de los rasgos de la personalidad más destacados en los ludópatas (Rosenthal, 1986). Estas aproximaciones han sido criticadas puesto que no están basadas en datos empíricos, sino en estudios de casos.

En la actualidad, el estado de conocimientos sobre el origen y el mantenimiento del juego pone de relieve tres tipos principales de factores explicativos: 1) factores biológicos; 2) factores conductuales; y 3) 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. Los factores de predisposición biológica hacen referencia, entre otras, a disfunciones neuropsicológicas (déficit de inhibición) y monoaminérgicas (déficit de serotonina) relacionadas con el control de los impulsos, así como a factores de vulnerabilidad genética relacionados con el sistema dopaminérgico (Ibáñez y Sáiz, 2000). En

otros estudios se ha sostenido la implicación etiopatogénica del sistema noradrenérgico como base de la ludopatía, observándose un incremento de noradrenalina entre los jugadores patológicos (Bergh, Eklund, Sodersten y Nordin, 1997; Roy, Adinoff, Roehrich et al., 1988).

La *teoría conductual* considera que la etiología del juego problemático es 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 (Morán, 1970). Según Skinner (1953), la variabilidad e imprevisiblidad de los refuerzos (su carácter intermitente) son características que contribuyen a potenciar dicho refuerzo y a perpetuar una conducta aprendida. En este sentido, las ganancias obtenidas en los juegos de azar se ajustan a estos criterios. Otros autores han señalado que el verdadero elemento reforzante en el juego patológico no es externo, sino interno, y estaría constituido por el *estado de excitación* que el juego es capaz de provocar en el Sistema Nervioso, 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 (Brown, 1986).

La *teoría cognitiva* se centra en la percepción errónea del juego de azar, esto es, en la falsa expectativa de ganancia a largo plazo (Ladouceur, Sylvain, Boutin y Doucet, 2002).

Por último, teniendo en cuenta la variedad de aproximaciones etiológicas descritas anteriormente, en la actualidad los modelos teóricos intentan explicar el problema del juego desde una perspectiva multidimensional. Los acercamientos conductuales y cognitivos tienden a integrarse en la teoría cognitivo-conductual, la cual analiza la influencia mutua de los programas de reforzamiento y

de los factores cognitivos característicos de los juegos de azar en un intento de explicar el desarrollo y mantenimiento del juego patológico Por su parte, el modelo biopsicosocial recoge el conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y de aprendizaje que interactúan y que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los problemas relacionados con el juego (Griffiths y Delfabbro, 2001; Sharpe, 2002; Williams, West y Simpson, 2007).

2.1 MODELOS DE ESTADOS DE NECESIDAD

Estos modelos afirman que el juego es una conducta que va a satisfacer alguna carencia que posee el sujeto. Son modelos circulares, con escaso valor explicativo (Walker, 1992).

2.1.1 Teoría de Jacobs

Para Jacobs (1986), la adicción es definida como un estado adquirido a lo largo del tiempo por una persona, en un intento de aliviar una conducta de estrés crónico. Propone dos factores predisponentes que potencian y mantienen la conducta adictiva:

a) Un nivel de *arousal* o activación psicofisiológica alterado, que puede estar en los dos extremos de un continuo: hipertenso (excitado)-hipotenso (deprimido), que aumenta el riesgo de adquirir dependencia al juego, en un intento de aliviar una situación de estrés crónico.

b) Un factor de naturaleza psicológica, caracterizado por sentimientos de inferioridad, incapacidad y percepción generalizada de ser rechazado por parte de los demás, que favorecerá la aparición de conductas que producen alivio a ese estrés psicológico.

El impacto de estos dos factores inhiben a las personas para que desarrollen interacciones sociales y habilidades de afrontamiento al estrés, lo que les convierte en personas vulnerables ante situaciones o experiencias que alivien su nivel de *arousal* o mejoren su autoimagen. De este modo, cuando descubren la conducta adictiva como un modo eficaz de responder a la sensación de estrés crónico, este poder reforzante hará que la conducta se repita cada vez más.

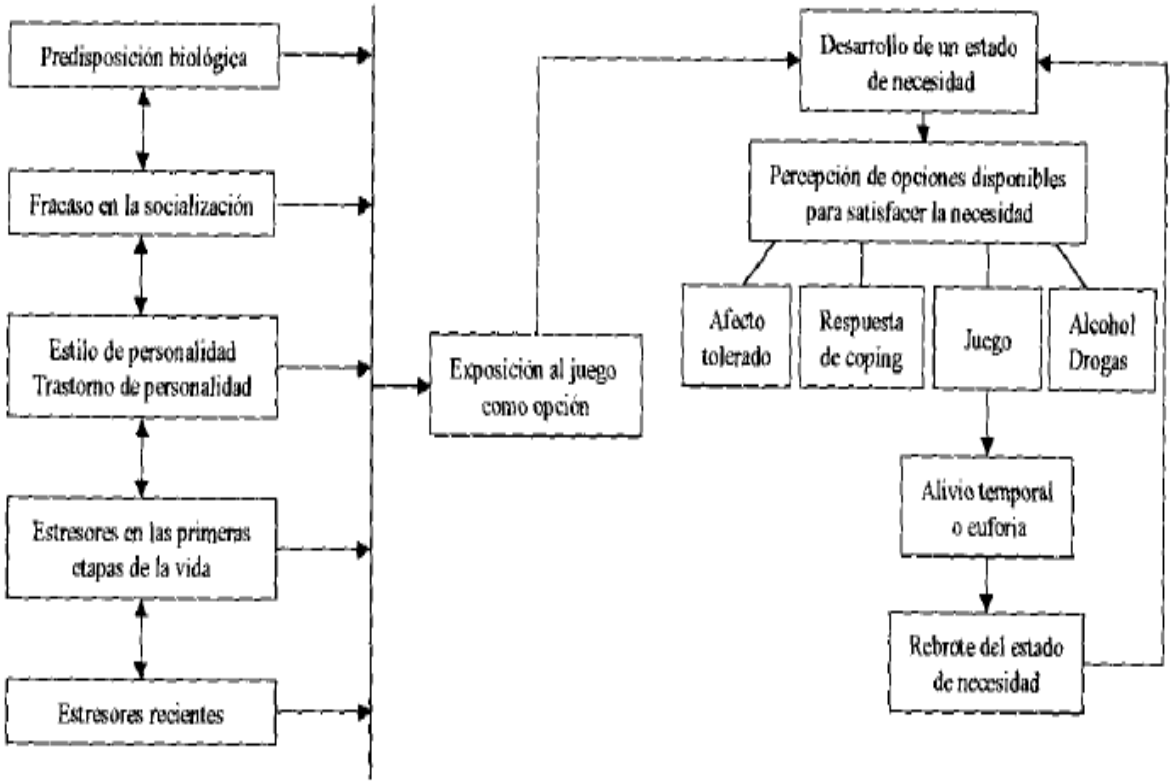
2.1.2 Teoría de McCormick y Ramírez

McCormick y Ramírez (1988) consideran en su modelo cinco factores que pueden dar lugar al juego patológico:

1)Predisposición biológica, entendida como vulnerabilidad hereditaria.
2) Fracaso en la socialización.
3) Vivencias estresantes en las primeras etapas de la vida.
4) Variables de personalidad anómalas.
5) Situaciones de estrés recientes.

Desde esta perspectiva, cuando la persona sufre malestar psicológico (estrés, depresión...) y no cuenta con las habilidades de afrontamiento necesarias, puede buscar las conductas adictivas como una estrategia para hacerles frente. La elección de jugar como conducta adictiva dependerá de la exposición y accesibilidad al juego. Una vez que la persona experimenta los efectos reforzantes del juego, volverá a buscar esta actividad cada vez que tenga un estado de ánimo que le resulte desagradable. De este modo, la conducta de juego irá aumentando cada vez más, hasta que el sujeto se halla inmerso en un círculo vicioso: estado de necesidad (ansiedad, aburrimiento, ira…), juego, rebrote más intenso del estado de necesidad caracterizado por un incremento del afecto negativo, más juego, etcétera (Figura 1).

FIGURA 1. McCormick y Ramírez (1988)



2.2 TEORÍAS BIOLÓGICAS

Las teorías biológicas hacen referencia a disfunciones neuropsicológicas (déficit de inhibición), monoaminérgicas (déficit de serotonina), noradrenérgicas y dopaminérgicas (Bergh, Eklund, Sodersten y Nordin, 1997; Roy et al., 1988; Shah, Potenza y Eisen, 2004) relacionadas con el control de los impulsos, así como a factores de vulnerabilidad genética relacionados con el sistema dopaminérgico (Ibáñez y Sáiz, 2000) como base de la ludopatía.

Las diversas líneas de investigación existentes en este campo pueden agruparse en las siguientes:

a) Disfunción neuropsicológica

Esta línea de investigación sostiene que la disfunción hemisférica está relacionada con un fallo en el control de los impulsos. Por ello, se han buscado signos de esa activación hemisférica diferencial induciéndola a través de diferentes tareas. Los resultados indican que los jugadores patológicos muestran ciertos déficits en el grado de activación electroencefalográfica (Griffiths, 1995). Se ha observado un déficit en el control inhibitorio, encontrándose una elevada impulsividad en la realización de tareas neuropsicológicas como el *Delay Discounting Task* o el *Iowa Gambling Task* (Alessi y Petry, 2003; Cavedini, Riboldi, Keller, D'Annucci y Bellodi, 2002; Petry y Casarella, 1999; Petry, 2001), así como en cuestionarios autoaplicados que evalúan rasgos de impulsividad (Blaszczynski et al., 1997; Carlton y Manowitz, 1994; Castellani y Rugle, 1995; Mc-Cormick y Taber 1987; Rodríguez-Jiménez, Avila, Jimenez-Arriero et al., 2006; Vitaro, Arseneault y Tremblay, 1997).

Los estudios que evalúan el funcionamiento de la actividad cerebral durante el juego han encontrado que en las tareas relacionadas con la toma de decisiones están implicadas áreas de la corteza frontal, en concreto, las áreas ventromedial y órbito-frontal. Se ha observado que existe una disminución de la activación de la corteza prefrontal ventromedial izquierda en los jugadores patológicos (Potenza, Steinberg, Skudlarski et al., 2003; Reuter, Raedler, Rose et al., 2005; Tanabe, Thompson, Claus et al., 2007). Esto explicaría que el factor más importante en la toma de decisiones en los jugadores es la recompensa inmediata, sin tener en cuenta las consecuencias negativas posteriores (Cavedini, Riboldi, Keller, D'Annucci y Bellodi, 2002).

Asimismo se ha descrito un déficit en las funciones cognitivas ejecutivas (atención, inhibición, memoria) entre los jugadores patológicos (Marazziti, Dell'Osso, Conversano et al., 2008; Rugle y Melamed, 1993). El deterioro en la función ejecutiva conlleva la desinhibición de la conducta asociado a un deterioro en el funcionamiento de la corteza prefrontal. A su vez, la toma de decisiones de riesgo puede estar asociada con la disfunción de la corteza prefrontal (Reuter et al., 2005).

La existencia de patrones de activación electroencefalográfica similares en niños que padecen un trastorno por déficit de atención establece un paralelismo que plantea la cuestión de si hay una tendencia entre los jugadores patológicos a haber padecido algún trastorno por déficit de atención en la niñez. Según Rodríguez-Jiménez et al. (2006), los jugadores patológicos con antecedentes de TDAH en la infancia presentaban menor control inhibitorio de la conducta (esto es, mayor impulsividad) que los jugadores sin antecedentes y que el grupo de control. De este modo, se sugiere que tales déficits neuropsicológicos son una característica general del jugador patológico preexistente al juego problemático (previa a la aparición del trastorno) y, por tanto, constituyen un factor de vulnerabilidad para el desarrollo del mismo.

Por otra parte, se plantea que algunos factores genéticos asociados con el TDAH pueden estar relacionados con variaciones endofenotípicas, neuropsicológicas y neurofisiológicas, que, a su vez, suponen un factor de vulnerabilidad para desarrollar juego patológico. Se han encontrado factores de vulnerabilidad genéticos comunes para el TDAH, el alcoholismo y el juego patológico. Uno de ellos es el alelo A1 del polimorfismo TaqIA, que fue relacionado inicialmente con el gen DRD2, del receptor dopaminérgico D2, y que actualmente se sitúa en el gen ANKK1. Este alelo TaqIA1 se ha asociado al TDAH

(Comings, Gade, Wu et al., 1991), al alcoholismo (Blum, Noble, Sheridan, Montgomery y Ritchie, 1990; Noble, 2003) y al juego patológico (Comings, Rosenthal, Lesieur et al., 1996; Comings, Gade, Wu, et al., 1997), así como a conductas impulsivas y psicopáticas (Ponce, Jiménez-Arriero, Rubio et al., 2003). Es decir, que las personas portadoras del alelo TaqIA1 tienen una mayor vulnerabilidad para desarrollar este tipo de trastornos. Se trata, por tanto, de una vulnerabilidad común tanto al TDAH como al alcoholismo y al juego patológico.

b) Disfunción en los niveles de neurotransmisores

En términos de neurotransmisores específicos, entre los jugadores patológicos se ha identificado la presencia de anomalías (por ejemplo, polimorfismos o variantes alélicas) en los genes que codifican los neurotransmisores de dopamina (DA), noradrenalina (NA), opioides endógenos, serotonina (5-hidroxitriptamina 5-HT), inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) y ácido gamma-aminobutírico (GABA) y/o de sus receptores (Comings, Gade-Andavolu, Gonzalez et al., 2001).

- **MAO**

Numerosos estudios han encontrado una asociación entre los polimorfismos de genes MAO-A y el juego patológico (Ibáñez, Blanco, Pérez de Castro, Fernández-Piqueras y Saiz-Ruiz, 2003; Ibáñez, Pérez de Castro, Fernández-Piqueras, Blanco y Saiz-Ruiz, 2000; Pérez de Castro, Ibáñez, Saiz-Ruiz y Fernández-Piqueras, 2002).

- **Dopamina**

Existe una sólida evidencia acerca de la implicación de la dopamina liberada durante los juegos de azar y el efecto que produce sobre las vías de conexión en las áreas prefrontales corticales del cerebro en los jugadores patológicos durante el juego. La liberación de dopamina actúa como un reforzador en el sistema de recompensa (Blaszczynski, 2000; Chambers y Potenza, 2003; Comings et al., 1996; Shaffer, LaPlante, LaBrie et al., 2004; Fiorillo, Tobler y Schultz, 2005; Grant, 2005; Kalivas y Volkow, 2005; Sharpe, 2002; Zald, Boileau, El-Dearedy et al., 2004).

- **GABA**

Se ha investigado la implicación del neurotransmisor GABA en el juego, dado el papel que juega en la comunicación neural excitatoria. Los altos niveles de GABA encontrados en los jugadores patológicos están en conformidad con la acción inhibitoria compensatoria sobre las neuronas noradrenérgicas (Nordin y Sjödin, 2006).

- **Serotonina**

Los autores que defienden esta línea de investigación sugieren que el rasgo de impulsividad característico de los jugadores patológicos implica un déficit en los procesos de inhibición, de modo que el foco de atención debería ser la serotonina (5-HT), pues es el neurotransmisor que probablemente esté más implicado en este tipo de déficit inhibitorio (Carlton y Manowitz, 1987). Se ha encontrado una asociación entre el juego patológico y bajos niveles de serotonina (Brewer y Potenza, 2008; Comings et al., 2001; Hollander, DeCaria, Finkell et al., 2000; Ibáñez et al., 2003; Pallanti, Bernardi, Quercioli, DeCaria y Hollander, 2006).

- **Noradrenalina**

Se ha sostenido la implicación etiopatogénica del sistema noradrenérgico como base de la ludopatía, observándose un incremento de noradrenalina entre los jugadores patológicos (Bergh, Eklund, Sodersten y Nordin, 1997; Meyer, Hauffa, Schedlowski, et al., 2000; Meyer, Schwertfeger, Exton, et al., 2004; Roy et al., 1988).

c) Genética

Otros autores evidencian que puede haber una base genética en el juego patológico. En concreto, una variante del gen receptor D2 de la dopamina (DRD2), puede tener labilidad genética para trastornos psiquiátricos comórbidos en el juego patológico (Ibáñez y Sáiz, 2000; Ibáñez, Blanco, Donahue et al., 2001; Ibáñez et al., 2003). El gen (DRD2) del receptor D2 se ha asociado con otras adicciones, incluidas algunas formas graves de alcoholismo, se ha encontrado en el 51% de los jugadores patológicos en comparación con el 26% del grupo de control. Además, en el 64% de los jugadores con una patología más severa aparecían variantes del gen DRD2, que desempeñan un papel destacado en el desarrollo de esta patología y constituyen un factor de riesgo para las conductas adictivas e impulsivas (Comings et al., 1996). En este sentido Slutske, Eisen, True et al. (2000) sostienen que existe una vulnerabilidad genética común entre la ludopatía y la dependencia al alcohol; a su vez, Potenza, Xian, Shah, Scherrer y Eisen (2005) han encontrado una contribución genética en el juego patológico asociada a la depresión mayor.

Recientemente, Da Silva Lobo, Vallada, Knight, et al. (2007) han encontrado una asociación significativa entre el juego patológico y el gen del receptor de la dopamina DRD1, relacionado con el Déficit de Atención e Hiperactividad.

Los hallazgos encontrados implican un vínculo genético funcional. Sin embargo, la evidencia no es concluyente. Ibáñez et al. (2003) sugieren que los mediadores de la expresión de genes y las variantes alélicas, en lugar de la composición genética estructural, pueden ser el «modus operandi» de las asociaciones observadas.

d) Otros estudios

Se ha postulado que un aumento en el nivel de las endorfinas-B pueden predisponer a algunas personas a responder positivamente a actividades que incrementen el *arousal* y los niveles de endorfinas y, de este modo, el estado de ánimo (Blaszczynski, Wilson y McConaghy 1986; Grant, 2005).

Estrategias inadecuadas de afrontamiento o determinadas características de personalidad podrían dar lugar a emociones tales como ansiedad o un estado de ánimo disfórico. En estos casos la persona podría utilizar el juego para contrarrestar estos sentimientos desagradables, buscando un nivel de *arousal* óptimo. De este modo, con las repeticiones se refuerza esta asociación, de manera que el jugador incrementará estas respuestas como un modo de reducir la ansiedad y la depresión mediante un incremento de la endorfina-B en un subgrupo de jugadores (los de juegos de habilidad) o mediante un escape emocional (refuerzo negativo) en otros (los de máquinas recreativas). Pero este efecto sólo es temporal. Cuando las pérdidas asociadas al aumento de juego incrementan los estados de ánimo disfóricos y la ansiedad, la persona buscará jugar de nuevo. Cada vez

necesitará aumentar más las apuestas (debido a la tolerancia), las pérdidas serán mayores y, por tanto, jugará cada vez más para poder recuperarse. Cuando trate de detener el juego, se incrementará su malestar y esto hará que nuevamente juegue.

Aunque los estudios realizados muestran unos resultados prometedores, la necesidad de tener en consideración otro tipo de factores no biológicos también parece desempeñar un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento del juego excesivo y, por tanto, en el tratamiento.

2.3 MODELOS DE *AROUSAL*

La teoría de la activación se refiere al nivel de excitación o *arousal* de la corteza cerebral y del Sistema Nervioso Autónomo, como base de motivación para el juego. Según este modelo, la conducta de juego genera una tensión emocional que eleva el *arousal* del jugador. El juego, y en especial el que requiere una participación más activa y comporta mayor riesgo en las apuestas, constituye un refuerzo en sí mismo, en tanto que procura un nivel óptimo de excitación. Por ejemplo, las máquinas recreativas con premio provocan una mayor activación con respecto a otros juegos, como son las apuestas en carreras de caballos (Blaszczynski, Wilson y McConaghy, 1986).

En diversos estudios psicofisiológicos se ha comprobado que durante la participación en juegos de azar se produce un aumento del nivel de activación en el Sistema Nervioso Autónomo, con independencia de su grado de implicación en este tipo de conductas y al margen de las ganancias o de las pérdidas (Anderson y Brown, 1984; Brown, 1996; De Diego, Badosa y Farré, 1989). No obstante, otros estudios han observado que el aumento de la activación

durante el juego es superior en jugadores habituales que en los ocasionales y significativamente mayor en ludópatas que en el resto de los sujetos (Leary y Dickerson, 1985). En cualquier caso, se han encontrado niveles alterados de *arousal* en jugadores patológicos (Griffiths y Delfabbro, 2001; Ibáñez, Blanco y Saiz-Ruiz, 2002; Potenza, 2001; Sharpe, 2002).

Por otra parte, se ha hipotetizado que la relación entre el juego y el *arousal* es el resultado de una interacción entre características de personalidad, tales como la búsqueda de sensaciones, y el ambiente de juego, siendo el aumento del *arousal* un potente reforzador en sujetos buscadores de sensaciones (Dickerson, Hinchy, Legg England, Fabré y Cunningham, 1992). Esta perspectiva tiene su origen fundamentalmente en los estudios de Zuckerman (1979) sobre el rasgo de personalidad denominado "búsqueda de sensaciones", basados en la teoría del *arousal*. Se ha postulado que en los jugadores patológicos existe un nivel de *arousal* disminuido, que explicaría la necesidad o deseo de excitación, con objeto de restablecer su nivel de activación óptimo. Es decir, que son individuos con un elevado rasgo de "búsqueda de sensaciones", en los que el juego sería el estímulo externo capaz de producirles la activación que necesitan, tanto subjetiva como fisiológica (Anderson y Brown, 1987). Estudios recientes demuestran también la implicación del rasgo de impulsividad y de búsqueda de sensaciones en el origen y mantenimiento del juego patológico (Cunningham-Williams et al., 2005; Fernández-Aranda et al., 2006; Ibáñez et al., 2003; Nower y Blaszczynski, 2006; Sharpe, 2002).

En general, los estudios coinciden en afirmar que los jugadores patológicos muestran una elevada impulsividad (Alessi y Petry, 2003; Blaszczynski, Steel, y McConaghy, 1997; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2008; El-Guebaly y Hodgins, 2000; Fernández-Montalvo y

Echeburúa, 2006; Langhinrichsen-Rohling, Rohde, Seeley y Rohling, 2004; Skitch y Hodgins, 2004).

2.3.1 Teoría de Brown

Según Brown (1987), el condicionamiento operante puede explicar por qué una vez iniciado un episodio de apuesta los individuos continúan jugando, pero no da una explicación satisfactoria a la hora de especificar la reinstauración del fenómeno a largo plazo. Es decir, cuando el episodio de juego ha cesado y la serie de reforzamientos se rompe, se vuelve a buscar esta situación comenzando un nuevo episodio de juego. Este autor propone un modelo de condicionamiento clásico, siendo el fenómeno central del juego una experiencia subjetiva y un estado objetivamente verificable de *arousal*, probablemente autonómico y/o cortical, en el que la tasa de reforzamiento intermitente es vista únicamente como un instrumento para alcanzar el *arousal* deseado (Brown, 1986, 1987).

De esta forma, la constante repetición de experiencias de *arousal* elevado durante largos períodos de tiempo produce efectos de condicionamiento clásico en los jugadores, sugiriendo que el jugador patológico se convierte en adicto a su propio *arousal* y a sus efectos físicos y psicológicos, es decir, a la excitación (Boyd, 1976). En este caso se asume, por tanto, que el Sistema Nervioso Autónomo desempeña un papel importante en el proceso de condicionamiento, que aclara el fenómeno de reinstauración tanto en el juego normal como en el patológico. Es decir, se añaden claves internas (estado de ánimo/*arousal*) a los estímulos externos situacionales.

Según esta teoría, la activación cumple un papel central en la explicación del juego patológico, bajo la premisa de que el jugador busca mantener un nivel óptimo de *arousal*. No obstante, el aumento

del nivel de activación depende de distintos factores, entre ellos los relacionados con el tipo de juego y las conductas que se pueden realizar en él, por lo que es probable que la activación aumente en aquellos juegos en los que la persona tiene la posibilidad de tomar una postura más activa y en los que se puede jugar de forma continua (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

Brown (1986), a partir de sus estudios sobre el *arousal* y el papel que éste desempeña en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico, desarrolla un modelo general del juego. Para él, las principales variables intervinientes serían:

a) *Relaciones internalizadas con el objeto sobre el que se fantasea*. Se refiere a las relaciones imaginadas y sentidas con las figuras parentales internalizadas y con las proyecciones de tales figuras (por ejemplo, la "diosa fortuna"), así como los intentos consiguientes de comprobar o tratar de manipular o cambiar estas relaciones a través del juego.

b) *Necesidades psicofisiológicas de arousal*. Incluye las preferencias por un determinado nivel de *arousal* y la utilización del juego como un modo de autorregulación.

c) *Variables cognitivas*, tales como las distorsiones perceptivas y de pensamiento que tiene el jugador sobre sí mismo, los otros y las apuestas. Ejemplo: la ilusión de control, las evaluaciones sesgadas, las expectativas de ganancia y los sueños sobre cómo cambiará su vida cuando ganen, etcétera.

d) *Factores afectivos*. Incluye el poder que tienen emociones como la ansiedad, la ira y la depresión para desencadenar el juego.

e) *Patrones de refuerzo conductual*. Se refiere al refuerzo intermitente de razón variable.

f) *Determinantes sociales e institucionales*. Incluye el número de estrategias disponibles para obtener dinero para jugar y pagar las deudas.

g) *Relaciones significativas con otros*, tales como necesidades de poder, afecto, estatus y seguridad, especialmente con la familia, así como los intentos de obtener una satisfacción a estas necesidades a través del juego.

h) *Condiciones socioculturales*. Entre ellas figuran las oportunidades para jugar, el modelado por parte de padres u otros seres significativos, la presión social para jugar, la ausencia de actividades incompatibles o alternativas de ocio al juego, la falta de otras oportunidades para prosperar, las actitudes sobre el juego y los valores dominantes en su medio social y grupos de referencia.

Estas variables se combinarán de diferente modo para cada jugador en distintos momentos del proceso, aunque parece que en cada etapa es más probable que predominen unas sobre otras. En concreto, en la fase de inducción suelen predominar las variables socioculturales. La adopción de la conducta de juego dependerá principalmente de los patrones de refuerzo conductual existentes en las primeras experiencias de juego, de las necesidades de *arousal* del sujeto y de factores tales como la necesidad de búsqueda de sensaciones o la susceptibilidad al aburrimiento. En la fase de promoción del juego, donde se convierte en la actividad de placer predominante, influyen todos los factores, con preponderancia de los factores sociales e institucionales. Para que el juego se convierta en una adicción siguen influyendo todos los componentes, con mayor o

menor peso, según los jugadores, aunque comienza a predominar el jugar para hacer frente a las deudas. Asimismo Brown (1987) trata de explicar cómo se producirían las recaídas, donde la anticipación afectiva y cognitiva del juego produce distintos efectos, según el sujeto tenga o no acceso al juego. Si puede jugar, se produce un incremento en el *arousal* y un alivio del aburrimiento o de otros estados desagradables, que resultan reforzantes para el sujeto. Si no juega, experimentará emociones desagradables, como aburrimiento, inquietud, apatía, etcétera. De este modo, el sujeto es reforzado por cada paso que da hacia la recaída y castigado por evitarla.

Por último, en la teoría propuesta por Brown (1987) se introducen diferentes factores ambientales y personales que pueden contribuir al desarrollo de la conducta de juego problemática, tales como la activación autonómica, determinados pensamientos y las asociaciones entre ciertas claves del juego y los patrones de respuesta. Sin embargo, no se establece de forma explícita la relación entre estas variables y los mecanismos subyacentes (Sharpe y Tarrier, 1993).

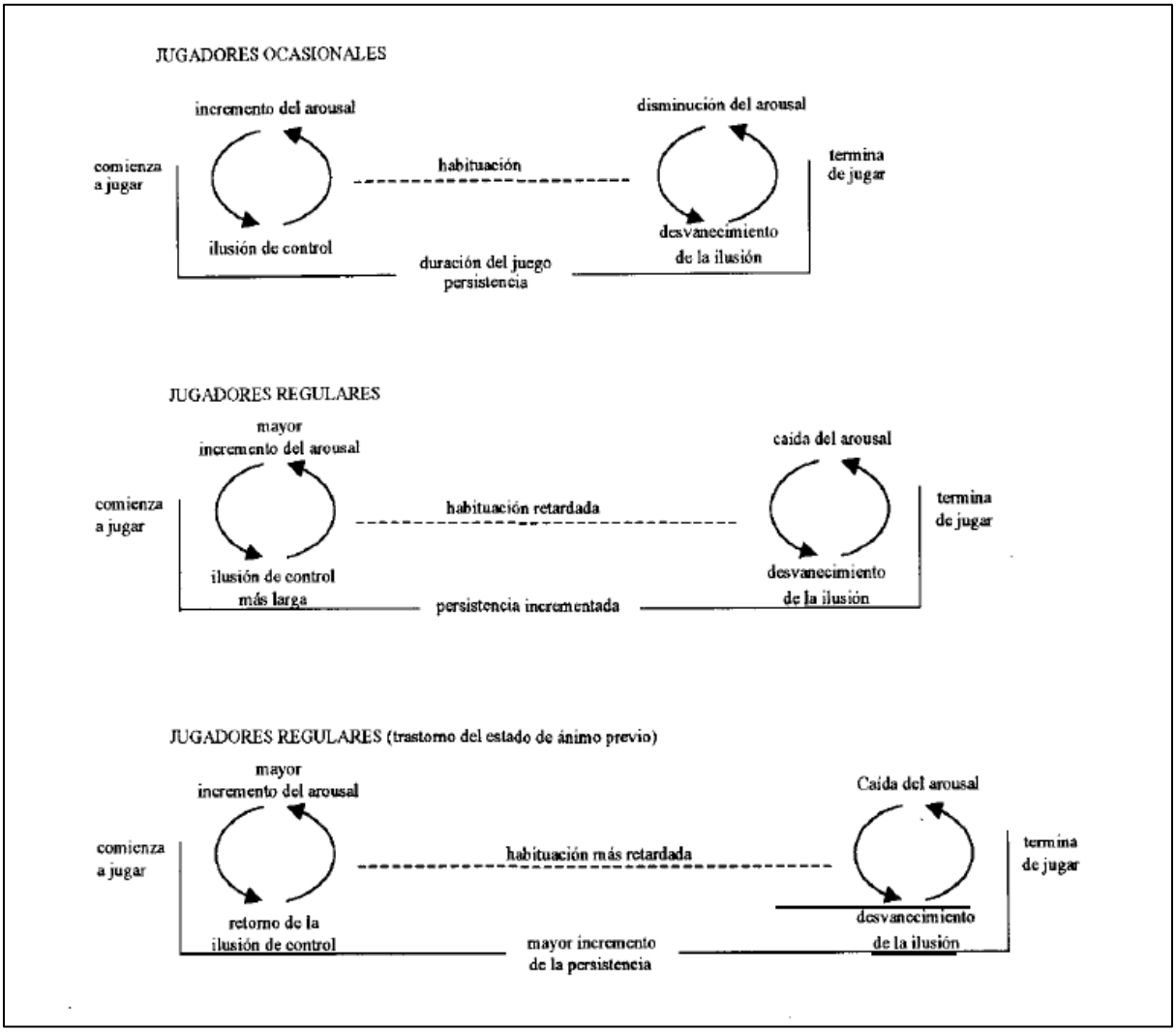
2.3.2 Teoría de Dickerson y Adcock

Según estos autores, el *arousal* es la variable central que explica el mantenimiento de la conducta de juego. La diferencia con la teoría de Brown radica en la inclusión de dos factores que modulan los niveles de *arousal*: el estado de ánimo y la ilusión de control.

Dickerson y Adcock (1987) sostienen que el estado de ánimo depresivo disminuye la consecución del nivel óptimo de *arousal*, lo cual supone que se prolonguen los períodos de juego. A su vez, la ilusión de control aparecería cuando el nivel de *arousal* es elevado. Por tanto, este modelo postula que serán los jugadores con un

trastorno del estado de ánimo previo los que más persistirán en el juego. Del mismo modo, un elevado nivel de *arousal* y una ilusión de control también intensa determinarían el grado de persistencia en el juego (Figura 2).

FIGURA 2. Modelo de Dickerson y Adcock (1987)



2.4 MODELOS CONDUCTUALES

La psicología conductual pone de relieve la función desempeñada por el aprendizaje social, el refuerzo de la recompensa y la respuesta condicionada en el origen y mantenimiento de los problemas del juego (Petry, 2005).

Desde esta perspectiva, las conductas de juego están controladas por un programa de razón variable, en el que las conductas obtienen un premio sólo en algunas de las apuestas y sin control directo por parte del sujeto. Es decir, la conducta de juego resulta premiada de forma aleatoria cuando el jugador ha realizado cierto número de conductas, de modo que, cuantas más conductas se emitan, más alta es la probabilidad de obtener premio. Este programa de reforzamiento genera expectativas muy altas, provocando una tasa de conductas elevada y estable y siendo muy resistente a la extinción (Ochoa y Labrador, 1994).

2.4.1 Modelo del reforzamiento

El mantenimiento de la ludopatía se ha intentado explicar a través de la influencia de reforzadores positivos (premios materiales y refuerzos sociales) (Delfabbro y LeCouteur, 2003) y negativos (alivio de síntomas de abstinencia y de ansiedad) en la conducta de juego (Brown, 1987). Desde este punto de vista, la explicación de un comportamiento tan persistente se halla en el efecto del reforzamiento parcial o intermitente, que es el tipo de reforzamiento más efectivo para mantener la conducta y el que la hace más resistente a la extinción.

Concretamente, el programa de reforzamiento implícito en las máquinas recreativas es de razón variable, con una intensidad asimismo variable (Brown, 1987; Knapp, 1976). En dichos programas, el reforzamiento sólo depende del número de conductas que emita el sujeto, de modo que la cantidad de respuestas determina la tasa de reforzamiento. Por tanto, genera un nivel de respuesta muy alto, ya que el número de conductas exigido para el reforzamiento no es predecible. Los programas de razón variable pueden encontrarse en numerosas situaciones de juego. Así, el

jugador de cartas ha de jugar un número variable de partidas para ganar y el de máquinas tragaperras ha de realizar un número variable de apuestas para obtener el premio (Cruz, 1989).

Se ha observado que, en distintos momentos del desarrollo de la conducta de juego patológico, pueden estar interviniendo diversos procesos operantes. Si en un jugador patológico la conducta de juego se mantiene en las primeras fases por reforzamiento positivo (los premios), en una fase posterior se mantiene por reforzamiento negativo (para evitar un estado aversivo de ansiedad por haber perdido y de deprivación económica), por lo que en este punto la conducta de juego se puede ver potenciada ante cualquier situación de estrés o malestar (Dickerson, 1979; Labrador y Fernández-Alba, 1998; Sharpe, 2002). Algo similar ocurre en los sujetos dependientes de drogas, en los que las conductas adictivas acaban por estar controladas por reforzadores negativos (evitación de algún tipo de malestar), mientras que la conducta de consumo en las personas no dependientes está regulada, fundamentalmente, por reforzadores positivos (Echeburúa, 1990, 1993).

En el mantenimiento del juego influyen también otros parámetros reforzadores (Petry y Roll, 2001): 1) *coste de respuesta y magnitud del refuerzo*: si los jugadores perciben que las recompensas son mayores que el coste económico en el juego, será más probable que continúen jugando; 2) *incentivos*: los jugadores pueden persistir en su conducta si obtienen beneficios tales como comida o cupones gratis, que se proporcionan a los clientes habituales con el fin de reforzar patrones establecidos de juego; y 3) *inmediatez del refuerzo*: un refuerzo administrado inmediatamente después de una respuesta es más eficaz que un refuerzo demorado.

Por otra parte, los estímulos del entorno físico de juego (como los colores, las luces y los sonidos) también pueden contener las claves necesarias que provocan respuestas emocionales (entusiasmo, excitación), que, a su vez, refuerzan el comportamiento de juego (Blaszczynski y Nower, 2007).

Por último, algunos estudios han investigado la influencia de determinados parámetros específicos de reforzamiento, tales como el tipo y magnitud del premio, la velocidad de juego, el número de "jugadas perdidas" y el número de líneas de apuestas disponibles para jugar (Williams, West y Simpson, 2007).

A pesar de que los principios del condicionamiento operante y clásico tienen una importancia fundamental en el desarrollo del juego, no ofrecen una explicación completa acerca del mantenimiento de la conducta. Este modelo ha recibido algunas críticas relacionadas con la influencia de los refuerzos positivos y negativos en el mantenimiento de la ludopatía. Algunos autores se plantean el siguiente interrogante: si el refuerzo (positivo y negativo) es la base del origen y el mantenimiento de los problemas relacionados con el juego, entonces ¿por qué el castigo no extingue el comportamiento? (Blaszczynski y Nower, 2007; Dickerson y O'Connor, 2006).

2.4.2 Modelo de ejecución conductual

El mecanismo de ejecución conductual se trata de un modelo organísmico que explica además de la conducta de juego, determinadas conductas compulsivas, tales como las compulsiones sexuales (McConaghy, Armstrong, Blaszczynsky y Allcock, 1988).

Según este modelo, cuando una conducta se convierte en habitual, se establece en el Sistema Nervioso Central un mecanismo de ejecución conductual de determinación de la misma, ya que el Sistema Nervioso Central construye una estructura neural de todas las conductas habituales, comenzando desde el estímulo que las inicia hasta la ejecución final de la conducta (Anokhin, 1955; Sokolov, 1963). Este mecanismo se activa cuando la persona se encuentra ante estímulos que precedieron a la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta. De este modo, si la conducta no se completa cuando el individuo es estimulado para llevarla a cabo (por ejemplo, si está en presencia de estímulos que precedieron a la realización de la conducta habitual en el pasado, o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta), el mecanismo de ejecución conductual produce un aumento de la activación fisiológica y, por tanto, de la tensión subjetiva. El carácter aversivo de esta situación fuerza al sujeto a completar la conducta, esto es, a jugar, incluso si no desea hacerlo. La tensión o activación que presenta si no lleva a cabo la conducta de juego es un claro exponente de este mecanismo de ejecución conductual. 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 (Blaszczynsky, Wilson y McConaghy, 1986; McConaghy et al., 1988).

2.5 MODELO COGNITIVO

Desde comienzos de los años 90 se ha prestado una mayor atención hacia los aspectos cognitivos como factores etiológicos del juego. Según este enfoque, son las percepciones erróneas relacionadas con el juego la base del desarrollo y el mantenimiento de la ludopatía.

La base de estos errores se asocia fundamentalmente a dos factores (Ladouceur et al., 2002):

(a) las expectativas de ganancia negativas que caracterizan a todos los juegos de azar y que hacen imposible que los jugadores que apuestan repetidamente puedan ganar o recuperar las pérdidas.
(b) la independencia entre jugadas como condición esencial de los juegos de azar, que impide el control y la predicción de resultados.

El efecto de estos errores se traduce en un conjunto de distorsiones cognitivas relacionadas con la influencia del azar, de las que destacan principalmente tres: 1) la *ilusión de control*, relacionada con la influencia de las propias acciones sobre las probabilidades de ganar; 2) 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 3) *la atribución flexible*, es decir, 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.

Entre las alteraciones cognitivas que contribuyen a mantener la conducta de juego, la *ilusión de control* es uno de los errores cognitivos presentes en la mayoría de los jugadores patológicos. Este sesgo cognitivo está estrechamente relacionado con los juegos de azar por las implicaciones cognitivas presentes en esta actividad (Davis, Sundahl y Lesbo, 2000; Goudriaan, Oosterlaan, de Beurs y Van den Brink, 2005; Langer, 1975; McCusker, 2001; Miller, Keitner, Ryan et al., 2005; Raylu y Oei, 2004; Steenbergh, Meyers, May y Whelan, 2002; Wohl y Enzle, 2002). En este sentido, aunque se trate de juegos puramente de azar, los jugadores atribuyen en gran parte

los resultados obtenidos a su habilidad en el juego relacionada con rituales y creencias supersticiosas. Cuando los jugadores ganan, tienden a atribuir los resultados a factores personales, tales como la habilidad. Sin embargo, cuando pierden, lo atribuyen a factores externos, como la mala suerte, la dificultad de la tarea o la poca concentración (Gaboury y Ladouceur, 1989; Joukhador, Maccallum y Blaszczynski, 2004; Petry, 2005).

La ilusión de control está fuertemente influida por la estructura y frecuencia del juego. De este modo, la participación regular en el juego fomenta la existencia de una ilusión de control en los jugadores patológicos (Carroll y Huzley, 1994; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Hong y Chiu, 1988; Langer, 1975). Asimismo el tipo de juego -el juego de azar con apuestas- fomenta la ilusión de control (Sánchez, 2003). La mayoría de los sujetos perciben que su forma de actuar y pensar varía ante situaciones de apuesta con riesgo (Benhsain et al., 2004). En este sentido, Ladouceur et al. (2002) sostienen que durante el juego, si se tiene en cuenta la noción de azar, la ilusión de control influirá en menor medida y decrecerá la motivación para jugar (Benhsain, Taillefer y Ladouceur, 2004). Por otra parte, la posibilidad de elegir, la participación activa en el juego, la competición y la familiaridad con los estímulos facilitan el desarrollo de la ilusión de control (Gaboury, Ladouceur y Bussières, 1989; Ladouceur y Mayrand, 1987; Ladouceur, Touring y Mayrand, 1985; Sharpe, 1997). Asimismo, cuando se ha estudiado la relación existente entre la frecuencia de ganancias y la ilusión de control, se ha observado que unos pocos episodios de ganancias son suficientes para evocar la ilusión de control (Ladouceur, Gaboury, Dumont y Rochette, 1988).

El principal problema relacionado con el mantenimiento del juego radica en la idea errónea de que uno puede ganar a largo plazo. Esta percepción lleva a los jugadores a interpretar las pérdidas en respuesta a la *falacia del jugador*: "cuanto más juegue, más probabilidades tendré de ganar" (Felscher, Derevensky y Gupta, 2004; Ladouceur, Sylvain, Boutin et al., 2003).

Otro elemento cognitivo que influye en la persistencia de la conducta de juego es la *evaluación sesgada* de los resultados del juego, a pesar de las pérdidas reiteradas. Los jugadores tienden a sobrevalorar sus ganancias, mientras que subestiman y justifican hábilmente sus pérdidas. No es infrecuente, además, que consideren las pérdidas actuales como "casi-ganancias" y, por tanto, como posibles ganancias futuras (Gilovich, 1983; Gilovich y Douglas, 1986; Sharpe, 1997).

Desde otra perspectiva, un estilo atribucional pesimista (con atribuciones internas, estables y globales para los sucesos negativos) facilita la aparición de pensamientos obsesivos, que explican, a su vez, la tendencia a invertir más rápidamente y mayor cantidad de dinero en las apuestas siguientes y, en último término, llevan al jugador a perder más (Atlas y Peterson, 1990). Otros estudios, sin embargo, sostienen que los jugadores pesimistas reducen considerablemente sus apuestas tras perder consecutivamente en varias ocasiones (Gibson y Sanbonmatsu, 2004).

Estudios recientes han encontrado que existe una relación entre las prácticas de juego arriesgadas, la intensidad del juego y las ideas irracionales. De este modo, la presencia de ideas irracionales aumenta la intensidad del juego y la probabilidad de implicarse en conductas de juego más arriesgadas (Miller y Currie, 2008).

En definitiva, en los jugadores patológicos tienen lugar una variedad de errores cognitivos, que incluyen percepciones erróneas, creencias irracionales y distorsiones acerca de la aleatoriedad, la independencia mutua y la probabilidad de ganar, que conducen a una percepción errónea de las conexiones causales entre los eventos del azar y las estimaciones realistas sobre la probabilidad de ganar (Ladouceur et al., 2002).

2.6 MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUALES

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.

2.6.1 Modelos de sesgos cognitivos y activación fisiológica (Sharpe y Terrier)

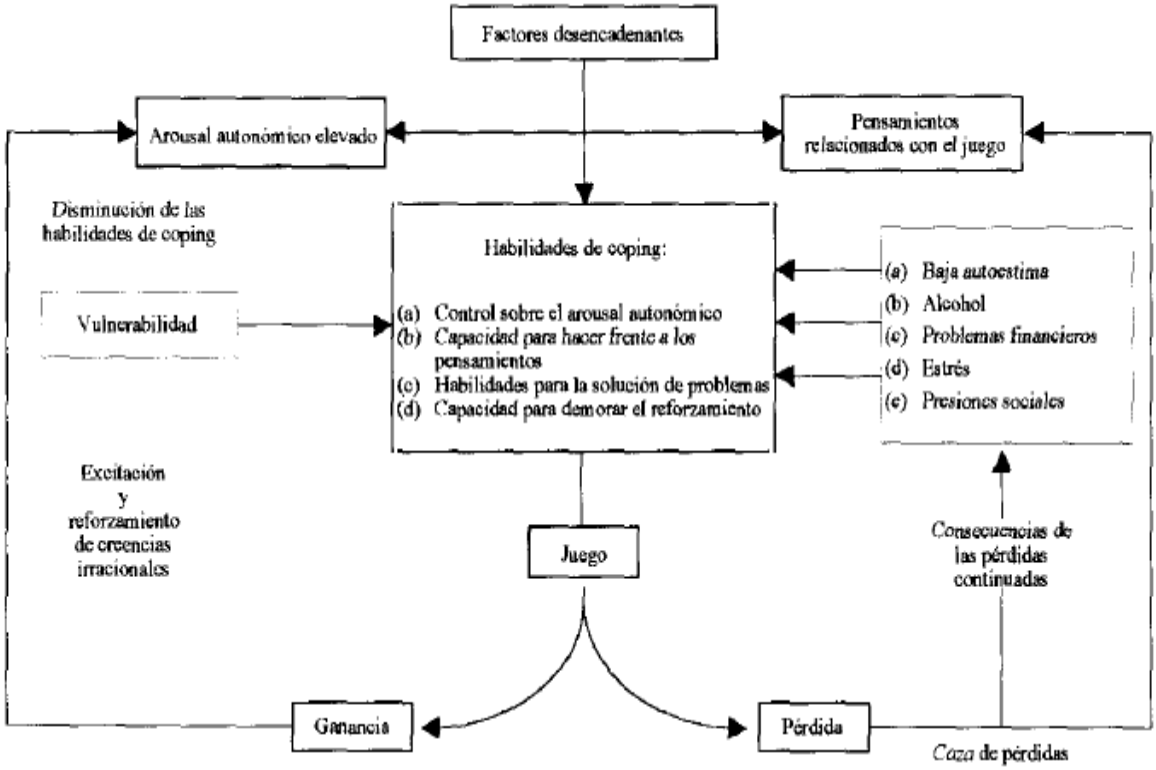
La teoría cognitivo-conductual propuesta por Sharpe y Tarrier (1993), y reformulada posteriormente por Sharpe (2002), plantea una integración de los factores conductuales y cognitivos (Figura 3).

En primer lugar, los principios del condicionamiento operante favorecen la permanencia inicial de la conducta de jugar. Bajo el paradigma instrumental estarían actuando los principios del reforzamiento, que incluyen el incremento del *arousal* contingente con el juego y que es interpretado por los jugadores como el aumento de la excitación. 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. La combinación de estos reforzadores proporciona la base de la rápida adquisición y el incremento de la resistencia a la extinción, ya que los jugadores aprenden que las

ganancias se dan de forma intermitente, lo que aumenta la probabilidad de que continúen jugando a pesar de las pérdidas. Este patrón de reforzamiento, que favorece que la conducta de juego se mantenga durante un largo periodo, va a permitir que los estímulos relacionados con el juego se asocien, a través de un condicionamiento clásico, con los estados de activación autonómica que lo acompañan. Todo ello, asociado a los sesgos cognitivos relacionados con el juego, incrementa la probabilidad de jugar y el mantenimiento de la conducta en el futuro.

Finalmente, esta teoría destaca la falta de habilidades de afrontamiento como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento del problema del juego. Estas habilidades hacen referencia a los siguientes aspectos: (a) la capacidad para controlar la activación autonómica, (b) la capacidad para cuestionar los pensamientos irracionales, (c) las habilidades relacionadas con la toma de decisiones y de solución de problemas, y (d) la capacidad para aplazar el reforzamiento.

FIGURA 3. Modelo de Sharpe y Terrier (1993)



2.7 MODELO BIOPSICOSOCIAL

El modelo biopsicosocial integra las distintas aproximaciones etiológicas en una perspectiva global unificada. Esta teoría multicausal explica las interacciones entre los múltiples factores que pueden dar lugar a comportamientos de juego desadaptativo. La premisa principal de la teoría biopsicosocial es que los individuos están influidos por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que generan la vulnerabilidad o la protección sobre el desarrollo de los problemas relacionados con el juego patológico (Griffiths y Delfabbro, 2001; Sharpe, 2002). La figura 4 ilustra el modelo etiológico biopsicosocial.

Según Williams, West y Simpson (2007), el modelo biopsicosocial sigue una secuencia general de los siguientes eventos:

1. Los factores genéticos aumentan o disminuyen la susceptibilidad para involucrarse en el juego. Los rasgos de susceptibilidad incluyen impulsividad, vulnerabilidad al estrés y trastornos del estado de ánimo, búsqueda de sensaciones, déficits cognitivos y predisposición de respuestas del Sistema Nervioso Central (por ejemplo, una respuesta inusual a una sustancia o proceso adictivo). Una persona con características opuestas habría heredado factores de protección para participar en juegos de azar y/o desarrollar problemas con el juego.

2. La experiencia inicial en el juego puede estar influida por factores biológicos, además del modelo del comportamiento de los padres, compañeros y la sociedad, así como por la disponibilidad ambiental de los juegos.

3. La implicación en el juego está influida, además, por las experiencias psicológicas y de aprendizaje de la persona. Dos aspectos desempeñan un papel especialmente importante: a) las creencias erróneas (falacias del jugador) relacionadas con el funcionamiento del juego (falta de comprensión acerca de la independencia de los sucesos aleatorios, la ilusión de control, creer en la "suerte", etcétera); y b) la función psicológica del juego en la persona, es decir, si el juego sirve para superar alguna necesidad psicológica de la persona (por ejemplo, escape, excitación, reconocimiento/valor). Con respecto a la experiencia de aprendizaje, las recompensas gratificantes obtenidas en las primeras experiencias de juego son un factor determinante para el mantenimiento o la interrupción del juego.

4. Una vez que la participación en el juego es regular, el condicionamiento clásico y operante desempeñan un papel central en el proceso fisiológico subyacente, así como en el aumento de la frecuencia y la fuerza de la conducta. Por lo

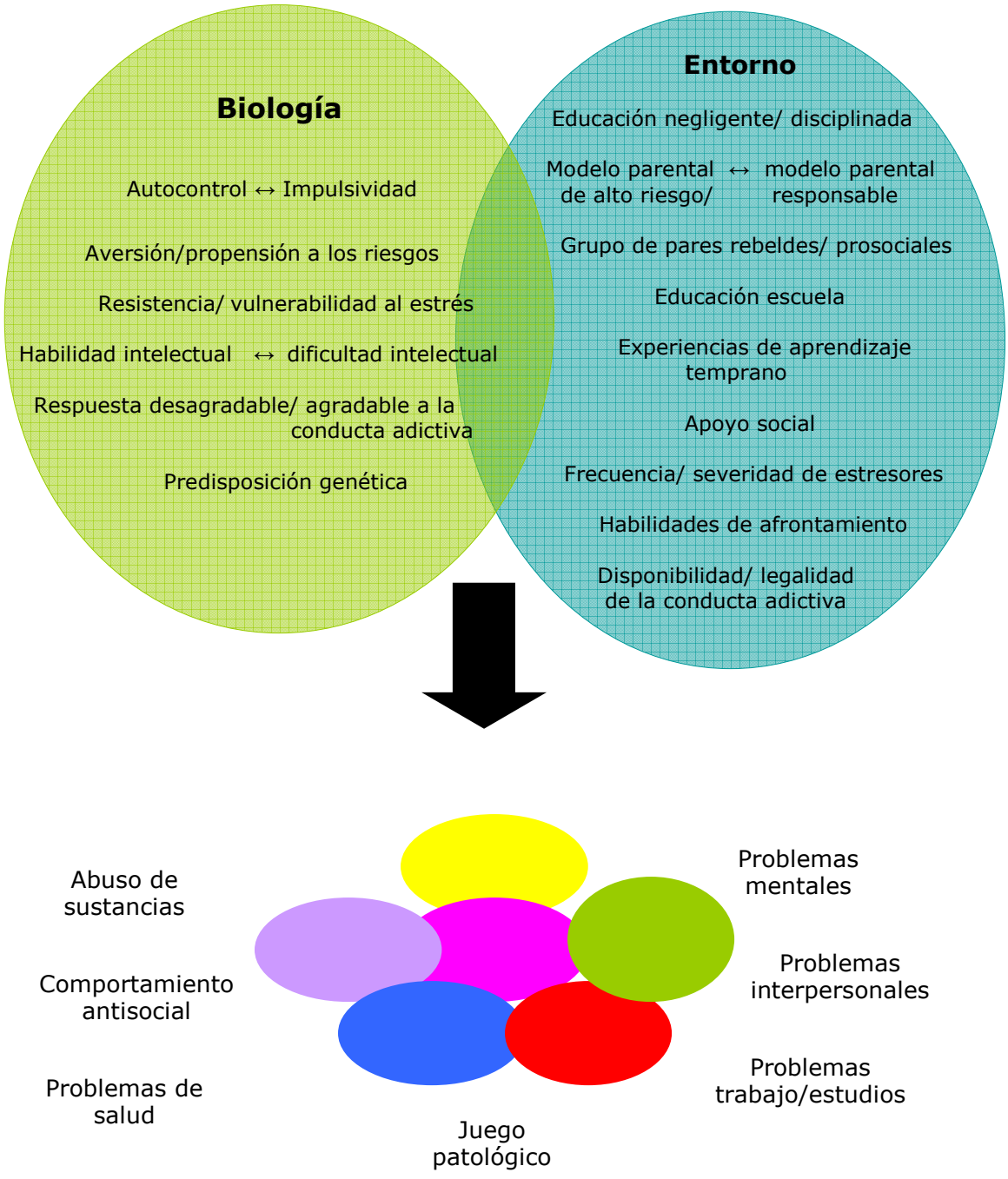
tanto, cada vez será más difícil resistirse voluntariamente a jugar. A nivel psicológico, la persona comienza a preocuparse con los pensamientos relacionados con el juego. A nivel de comportamiento, comienza a jugar más a menudo y más tiempo, gastando más de lo que tenía previsto. Una persona con este patrón de juego es conocida como "un jugador de riesgo". En base a las consecuencias negativas que comienzan a producirse, las necesidades psicológicas cubiertas por el juego y las ideas erróneas de la persona sobre cómo funciona el juego son factores importantes que influyen en el mantenimiento de la conducta. De este modo, la creencia errónea de que en el futuro puede ganar o de que mediante sus habilidades puede recuperar las pérdidas proporciona la justificación cognitiva para continuar.

5. El mantenimiento progresivo del juego generalmente conlleva una serie de consecuencias negativas en las diferentes áreas de la vida (trabajo/estudios, vida social, familiar, psicológica, salud, área económica y legal). Estas consecuencias negativas, sumadas a la falta de control sobre la conducta de juego, constituyen formas graves de problemas con el juego, conocidas como "juego patológico". En muchas personas, los mismos factores de riesgo biológicos y ambientales que conducen a la ludopatía también conllevan otro tipo de problemas (abuso de drogas, problemas de salud mental, problemas interpersonales, en el trabajo o en los estudios, problemas de salud y comportamiento antisocial).

En resumen, en el desarrollo y mantenimiento de los problemas relacionados con el juego influyen una amplia gama de factores. La importancia relativa de cada función causal, así como el grado en que cada factor contribuye a la gravedad del problema de manera

individual, no se han determinado de manera definitiva. El patrón de los factores de riesgo a menudo es diferente para las diferentes personas, y la edad en la que aparecen los problemas también es variable. No obstante, se han identificado dos prototipos principales de vulnerabilidad a la adicción: el patrón impulsivo/antisocial que predomina en los hombres y el patrón emocional, característico en las mujeres (Blaszczynski y Nower, 2002; Windle y Scheidt, 2004).

FIGURA 4. Modelo Biopsicosocial de Williams, West y Simpson (2007)



CAPÍTULO 3.

PERFIL PSICOPATOLÓGICO DIFERENCIAL DE LA LUDOPATÍA EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER

3. PERFIL PSICOPATOLÓGICO DIFERENCIAL DE LA LUDOPATÍA EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER

Las diferencias de sexo en el juego patológico han sido poco investigadas hasta el momento (Grant y Kim, 2002). Sin embargo, se ha observado que las diferencias de la mujer respecto al hombre en el ámbito del juego patológico se manifiestan tanto en las características sociodemográficas y las variables de juego -esto es, en los tipos de juego implicados, la motivación para jugar y la adquisición y el desarrollo del trastorno- como en los factores psicopatológicos y de personalidad y en las repercusiones habidas en la vida cotidiana. Asimismo la actitud ante el tratamiento y las necesidades terapéuticas son diferentes en uno y otro caso.

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

En relación con las características sociodemográficas de los jugadores patológicos (edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico y situación laboral), se han observado diferencias significativas en función del sexo. Las mujeres que acuden a los centros de tratamiento presentan características demográficas diferentes a las de los hombres (Dowling, Smith y Thomas, 2006).

3.1.1 Prevalencia

Durante mucho tiempo se ha considerado que el juego patológico, como el resto de las adicciones, afecta más a los hombres (Potenza, Steinberg, McLaughlin et al., 2001). De hecho, los estudios epidemiológicos llevados a cabo en la población general muestran que la tasa de prevalencia de juego patológico es, al menos, el doble para los hombres (Abbott, Volberg y Rönnberg, 2004; Domínguez

Álvarez, 2007; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell y Parker, 2002). Sin embargo, esta predominio de hombres es superior en los estudios llevados a cabo con muestras clínicas (Tang, Wu y Tang, 2007). Del total de las personas que acuden a los centros de tratamiento en búsqueda de ayuda terapéutica, un tercio son mujeres (Rush y Urbanoski, 2006). Sin embargo, esta diferencia probablemente se deba a que la mayoría de los estudios que se llevan a cabo sobre juego patológico son con sujetos masculinos, a pesar de que un tercio del total de jugadores patológicos son mujeres (Bland, Newman, Orn y Stebelsky, 1993; Coventry y Constable, 1999; Mark y Lesieur, 1992) (tabla 7).

TABLA 7. ESTUDIOS SOBRE MUJERES LUDÓPATAS

AUTORES	AÑO	MUESTRA
Arbinaga	2000 2001	N=616 308 hombres 308 mujeres
Getty, Watson y Ron Frisch	2000	N=60 40 hombres 20 mujeres
Tavares, Zilberman, Beites yGentil	2001	N=78 38 hombres 39 mujeres
Hing y Breen	2001	N=2.430 1.422 hombres 1.008 mujeres
Ladd y Petry	2002	N=115 70 hombres 45 mujeres
Grant y Von Kim	2002	N=131 53 hombres 77 mujeres

Ibáñez, Blanco, Moreryra y Saiz	2003	N=69 47 hombres 22 mujeres
Tavares, Martins, Lobo, Silveira, Gentil y Hodging	2003	N=140 70 hombres 70 mujeres
Martins, Tavares, Lobo, Galetti y Gentil	2004	N=156 78 hombres 78 mujeres
Petry y Steinberg	2005	N=149 72 hombres 77 mujeres
Linares, Santos, Albiach, Camacho y Palau	2006	N=150 137 hombres 13 mujeres
Desai, Maciejewski, Pantalon y Potenza	2006	N=1.471 747 hombres 724 mujeres
LaPlante, Nelson, LaBrie y Shaffer	2006	N=2.356 1.367 hombres 989 mujeres
Blanco, Hasin, Petry, Stinson y Grant	2006	N=2081 1247 hombres 834 mujeres
Nelson, LaPlante, LaBrie y Shaffer	2006	N=2.193 1.258 hombres 935 mujeres
Tang, Wu y Tang	2007	N=952 841 hombres 111 mujeres
Grant, Kim, Odlaug, Buchanan y Potenza	2008	N=322 136 hombres 186 mujeres

Desai y Potenza	2008	N=43 18 hombres 25 mujeres
Weiss y Petry	2008	N=233 130 hombres 103 mujeres
Granero et al.	2009	N=286 143 hombres 143 mujeres
Franco, Paris, Wulfert y Frye	2009	N=71 42 hombres 29 mujeres
Paris, Franco, Sodano, Frye y Wulfert	2009	N= 21 15 hombres 6 mujeres

Las diferencias existentes con respecto a la tasa de prevalencia del juego patológico entre hombres y mujeres ludópatas muestran tasas más elevadas entre los hombres, situándose alrededor del 5,3 % en los hombres y el 1,3% en las mujeres (Muñoz-Molina, 2008). Sin embargo, los problemas relacionados con el juego han aumentado entre las mujeres en los últimos años (Hing y Breen 2001; LaPlante, Nelson, LaBrie y Shaffer, 2006), de manera similar a lo que se ha observado en relación con el alcohol y la adicción a las drogas (Othsuka, Bruton, Deluca et al., 1997; Sommers, 1988). De hecho, algunos estudios han encontrado tasas similares de juego patológico entre los hombres y las mujeres ludópatas, teniendo los hombres y las mujeres la misma probabilidad de ser jugadores patológicos (Wynne, 2002). Desai y Potenza, (2008) observaron que en los hombres la tasa de prevalencia era del 0,7% y en las mujeres del 0,4%. Asimismo Blanco et al. (2006) encontraron una prevalencia de juego patológico de 0,23% para las mujeres y de 0,46% para los

hombres. En el estudio llevado a cabo por Petry, Stinson y Grant (2005) la tasa de prevalencia para los hombres fue de 0,64% y para las mujeres de 0,23%. A su vez, Welte et al. (2002) encontraron que la prevalencia del juego patológico fue similar entre los hombres y las mujeres (1,4% en las mujeres y 1,3% en los hombres) (tabla 8).

TABLA 8. TASAS DE PREVALENCIA EN JUGADORES PATOLÓGICOS EN FUNCIÓN DEL SEXO

AUTOR	AÑO	%	
		Hombres	Mujeres
Slutske, Blaszczynski y Martin	2009	3,5%	1,3%
Muñoz-Molina	2008	5,3%	1,3%
Desai y Potenza	2008	0,7%	0,4%
Blanco et al.	2006	0,23%	0,46%
Petry, Stinson y Grant	2005	0,64%	0,23%
Welte et al.	2002	1,3%	1,4%
Wiebe, Single y Falkowski-Ham	2001	4,5%	3,1%

Por último, la tasa relativamente similar de prevalencia de juego patológico encontrada entre los hombres y las mujeres ludópatas, así como el menor porcentaje de mujeres que acude a los centros de tratamiento en comparación con la tasa de prevalencia detectada en la población general, sugiere que hay una bolsa oculta de mujeres ludópatas que no consultan por su trastorno o que lo hacen tardíamente, cuando la situación es ya grave y cuando el pronóstico resulta más sombrío.

3.1.2 Edad

Si se compara a los hombres y las mujeres ludópatas en función de la edad, se puede observar que la edad de las mujeres es superior a la de los hombres (Crisp, Thomas, Jackson et al., 2000; Desai y Potenza, 2008; Grant y Kim, 2004; Ladd y Petry, 2002; Potenza et al., 2001). En la edad de las mujeres predominan dos picos significativos: una edad joven (en torno a los 18-30 años) y una edad más tardía (en torno a los 45-55 años) (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005). No bostante, en general la mayoría de las mujeres son de mediana edad (Bulcke, 2007; Piquette-Tomei, Norman, Dwyer y McCaslin, 2007; Weis y Petry, 2008).

Por el contrario, los hombres presentan una edad algo más joven (Blanco, Hasin, Petry, Stinson y Grant, 2006; Nelson, LaPlante, LaBrie y Shaffer, 2006; Nower y Blaszczynski, 2006), en torno a los 40 años como media (Granero et al., 2009; Weis y Petry, 2008).

Estos hallazgos sugieren que las diferencias encontradas en función del sexo con respecto a la edad de los jugadores están relacionadas con la edad de inicio del juego y con el curso del trastorno (véase el apartado referido a la "evolución del trastorno").

No obstante, hay algunos otros estudios que reflejan que no hay diferencias significativas con respecto a la edad de los ludópatas en función del sexo (Granero et al., 2009; Llinares, Santos, Albiach, Camacho y Palau, 2006; Martins, Lobo, Tavares y Gentil, 2002; Saskatchewan Health, 2002; Tavares et al., 2001).

3.1.3 Estado civil

El estado civil de los jugadores patológicos está directamente relacionado con la edad.

En las mujeres hay un predominio de solteras en el tramo de edad de los 18-30 años y de casadas o conviviendo en pareja en el segundo tramo (45-55 años) (Bulcke, 2007; Crisp et al., 2004; Dannon et al., 2006; Petry, 2002; Weis y Petry, 2008), si bien el número de divorciadas o separadas y viudas en este último tramo tiende a ir en aumento (Blanco, Hasin, Petry, Stinson y Grant, 2006; Desai y Potenza, 2008; Weis y Petry, 2008; Bulcke, 2007). Asimismo la mayoría de las mujeres ludópatas tienen hijos a su cargo (Bulcke, 2007).

En el caso de los hombres ludópatas hay una mayor probabilidad de que estén solteros (Desai y Potenza, 2008; Weis y Petry, 2008), viviendo solos y sin hijos a su cargo (Crisp, Thomas, Jackson et al., 2004), en comparación con las mujeres. No obstante, algunos estudios sostienen que las mujeres jugadoras, en comparación con los hombres, tienen una mayor probabilidad de estar viviendo sin una pareja actual (Nower y Blaszcynski, 2006; Tavares et al., 2001, 2003).

Por otra parte, algunos estudios no han encontrado diferencias en función del sexo en el estado civil, estando la mayoría de hombres y mujeres casados o conviviendo en pareja (Granero, Penelo, Martínez-Giménez et al., 2009; Grant y Kim, 2002; Ladd y Petry, 2002).

3.1.4 Nivel educativo

El nivel educativo tiende a ser más bajo entre las mujeres en comparación al de los hombres jugadores. En el estudio llevado a cabo por Desai y Potenza, (2008) el 31,26% de las ludópatas tenían estudios secundarios y el 29,86% contaban sólo con el título de graduado escolar. Entre los ludópatas varones, sin embargo, había un mayor porcentaje de sujetos que disponían de estudios universitarios. Asimismo en el estudio de Arbinaga (2000) el 66,7% de las ludópatas contaban con estudios primarios y el 33,3% no tenían estudios. Por tanto, se puede decir que, en las mujeres, cuanto menor es el nivel educativo, mayor es la probabilidad de desarrollar una adicción al juego. Sin embargo, en el estudio realizado por Bulcke (2007), sólo el 11% de las mujeres tenía estudios primarios, el 37% estudios secundarios y aproximadamente la mitad (el 52%) poseía estudios universitarios.

Por otra parte, varios estudios han observado que no existen diferencias significativas en función del sexo en cuanto al nivel educativo (Blanco et al., 2006; Ladd y Petry, 2002; Llinares, Santos, Albiach, Camacho y Palau, 2006; Nower y Blaszcynski, 2006; Potenza et al., 2001; Weis y Petry, 2008), teniendo la mayoría de hombres y mujeres estudios primarios (60,1%) o secundarios (36,6%) (Granero et al., 2009).

3.1.5 Situación laboral

En cuanto a la situación laboral se observan diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas, siendo el porcentaje de mujeres que se encuentran en situación de desempleo más elevado (Desai y Potenza, 2008; Granero et al., 2009; Llinares et al., 2006; Nower y

Blaszczynski, 2006). El 47,1% de las mujeres, en comparación con el 28,7% de los hombres, se encuentran desempleadas (Granero et al., 2009). Además, en el estudio llevado a cabo por Westphal y Johnson (2000), el desempleo en las mujeres estaba relacionado con problemas con el juego, no siendo así en el caso de los hombres.

Asimismo existen diferencias significativas en función del sexo en la cualificación profesional, a saber, hay más mujeres sin cualificación profesional cuando se las compara con los hombres, que tienen profesiones más cualificadas. Hay un claro predominio de amas de casa (más del 80%) entre las ludópatas (Llinares et al., 2006). El perfil más habitual es el del ama de casa que sale de casa para hacer la compra o resolver la intendencia del hogar y que se gasta el dinero en el juego (Becoña, 1997b). En el caso de los ludópatas, tienden a estar activos laboralmente (Desai y Potenza, 2008; Llinares et al., 2006), si bien en profesiones poco cualificadas (Llinares et al., 2006).

Otros estudios, sin embargo, no han encontrado diferencias entre los jugadores femeninos y masculinos en relación con la situación laboral (Blanco et al., 2006; Ladd y Petry, 2002; Nower y Blaszcynski, 2006; Potenza et al., 2001).

3.1.6 Nivel socioeconómico

Numerosos estudios han encontrado que las mujeres ludópatas muestran un menor nivel socioeconómico en comparación con los hombres (Blanco et al., 2006; Desai y Potenza, 2008; Ladd y Petry, 2002; Nelson, et al., 2006; Nower y Blaszcynski, 2006; Potenza et al., 2001).

Los hombres disponen de ingresos mensuales más altos que las mujeres tanto para uso personal (1.257 euros para los hombres y 719 euros para las mujeres) como de ingresos familiares (2.115 euros para los hombres y 1.558 euros para las mujeres) (Granero et al., 2009). Sin embargo, las mujeres gastan un mayor porcentaje de sus ingresos anuales en el juego en comparación con los hombres (Grant y Kim, 2002).

3.1.7 Antecedentes familiares de abuso de alcohol y juego patológico

Aunque algunos estudios no han encontrado antecedentes familiares de juego entre los jugadores patológicos (Llinares et al., 2006), frecuentemente se observan antecedentes de juego en la familia tanto en los hombres como en las mujeres ludópatas (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Grant y Kim, 2001; Ladd y Petry, 2002). En el estudio llevado a cabo por Teo, Mythily, Anantha y Winslow (2007) el 26,7% de los jugadores mostraba antecedentes familiares de juego.

También se han observado antecedentes de alcoholismo entre los familiares de los jugadores patológicos, con porcentajes que oscilan entre el 11% y el 40% (Becoña y Gestal, 1996; Bombín, 1992; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Ladd y Petry, 2002; Sáiz, Moreno y López-Ibor, 1992; Schreiber, Odlaug, Kim y Grant, 2009).

Por tanto, del mismo modo que el alcohol está relacionado con el juego en los ludópatas, algo semejante ocurre entre sus familiares con el alcohol y el juego. Con frecuencia, los padres de los jugadores patológicos presentan problemas con el juego y/o problemas de abuso o dependencia al alcohol. En el estudio llevado a cabo por

Schreiber et al., (2009) los padres de los jugadores, además de las dificultades con el juego y el alcohol, también mostraban problemas legales y económicos secundarios al juego, así como un consumo diario de tabaco. Atendiendo a las diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de los antecedentes familiares, estos autores observaron que en ambos casos había problemas de alcohol en la familia. Sin embargo, en el caso de las ludópatas, sus padres mostraban problemas económicos secundarios al juego, mientras que los padres de los ludópatas presentaban problemas legales secundarios al juego. Estas diferencias en función del sexo también se encuentran entre los ludópatas, puesto que las mujeres cometen menos actos ilegales que los hombres (Blanco et al., 2006; Ibáñez, Blanco, Moreryra y Sáiz-Ruiz, 2003; Ladd y Petry, 2002).

Es de especial relevancia prestar atención a los antecedentes familiares de juego y de alcohol puesto que esta variable es un predictor negativo del juego patológico en su aparición, desarrollo y recuperación (Becoña, Fuentes y Lorenzo, 1993).

3.2 VARIABLES DE JUEGO

Existen diferencias con respecto a las variables de juego entre los hombres y las mujeres. Las diferencias en función del sexo se manifiestan desde los tipos de juego implicados y la motivación para jugar hasta la adquisición y el desarrollo del trastorno, así como en los factores de riesgo y contención para el juego patológico.

3.2.1 Tipos de juego

Hay ciertas diferencias en cuanto a los tipos de juegos de azar elegidos por los hombres y las mujeres. En general, los hombres tienden a jugar más a los juegos activos e inmediatos, como las máquinas tragaperras, y las mujeres a los pasivos, como las loterías, el bingo o los cupones (Becoña, 1997b).

Por lo que a la ludopatía propiamente se refiere, una de las principales diferencias entre hombres y mujeres en el comportamiento de juego es el tipo de juego que genera la adicción (Blanco et al., 2006; Grant y Kim, 2002; Hing y Breen, 2001; Ibáñez et al., 2003; Nower y Blaszczynski, 2006; Potenza et al., 2001). Las mujeres optan por un alcance más limitado de juegos en comparación con los hombres, prefiriendo sólo algunos tipos de juegos, mientras que los hombres prefieren diferentes tipos de juegos (Grant y Kim 2002; LaPlante et al., 2006; Nelson et al., 2006).

Los hombres tienden a engancharse a juegos que implican estrategia o competición con otras personas, y en especial aquellos que implican una elevada búsqueda de sensaciones como pueden ser el *casino* (Hing y Breen, 2001; Ladd y Petry, 2002; Potenza et al., 2001; Winters y Rich, 1998), el *póquer* o el *"blackjack"* (Hing y Breen, 2001; Potenza et al., 2001), las *cartas*, las *apuestas de deportes* y las *apuestas en bolsa* (Blanco et al., 2006; Crisp et al., 2004; LaPlante et al., 2006; Nower y Blaszcynski 2006; Potenza et al., 2001; Potenza, Maciejewski y Mazure, 2006). Sin embargo, los datos que aparecen en muchos estudios reflejan que los hombres, en comparación con las mujeres, juegan más a las *máquinas tragaperras* (Becoña, 1999; Desai, Maciejewski, Dausey, Cone y Potenza, 2004; Hing y Breen, 2002; Ibáñez et al., 2003; Jiménez-Murcia, Álvarez-

Moya, Granero y Aymamí, 2007) y las *loterías* (Becoña, 1997b; Granero et al., 2009; Ibáñez, Blanco, Moreryra y Sáiz-Ruiz, 2003; Jiménez-Murcia et al., 2007).

Por otra parte, las mujeres presentan problemas con tipos de juego no estratégicos, es decir, juegos pasivos, menos interpersonales e interactivos, como las máquinas tragaperras o el bingo (Crisp et al., 2004; Grant y Kim, 2002; Hing y Breen, 2001; Ladd y Petry, 2002; Petry, 2003; Potenza et al., 2001). El bingo es el tipo de juego que está más presente en las mujeres ludópatas (Becoña, 1999; Blanco et al., 2006; Grant y Kim, 2002; Hing y Breen, 2001; Ibáñez et al., 2003; Jiménez-Murcia et al., 2007; LaPlante et al., 2006; Nower y Blaszcynski 2006). Los bingos constituyen para muchas mujeres (el 60% de sus clientes son mujeres de más de 40 años) y jubilados un centro de encuentro social. Además, el ambiente del bingo, en comparación con otros juegos de azar, se ha descrito como la forma de juego idónea para las mujeres ludópatas, puesto que se considera la situación más confortable y la estrategia óptima para el aislamiento y la evasión de los problemas (Crisp et al., 2004; Grant y Kim, 2002; LaPlante et al., 2006; Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2001). Sin embargo, si las mujeres han optado por autodenunciarse para no poder entrar en bingos y casinos, el riesgo de adicción a las máquinas tragaperras -presentes en los bares y en muchos de los lugares de ocio- aumenta.

Otros estudios sugieren que, además de las máquinas tragaperras y el bingo, las mujeres prefieren juegos que maximizan su tiempo de juego y en el que van a gastar menos dinero, como, por ejemplo, las máquinas de juegos electrónicas (Blanco et al., 2006; Hing y Breen, 2001; LaPlante et al., 2006; Nower y Blaszcynski 2006).

3.2.2 Motivaciones

Las diferencias en función del sexo en los patrones del juego patológico se reflejan en las diferencias con respecto a las motivaciones para jugar (Potenza et al., 2001; Trevorrow y Moore, 1998).

En general, los hombres tienden a jugar más por excitación y para ganar dinero (Blanco et al., 2006; Crisp et al. 2000; 2004; Grant y Kim 2002; Ibáñez et al., 2003; Ledgerwood y Petry, 2006). Por el contrario, las mujeres tienden a recurrir al juego excesivo para hacer frente a problemas personales como la soledad, el aburrimiento, el aislamiento o algún otro tipo de sentimientos negativos (insatisfacción, frustración, etc.) (Davis, 2002; Grant y Kim, 2002; Piquette-Tomei, Dwyer, Norman, McCaslin y Burnet, 2007; Scannell, Quirk, Smith, Maddern y Dickerson, 2000). Asimismo las mujeres utilizan el juego como un modo de afrontar problemas familiares (como una mala relación de pareja, un marido enfermo o adicto al juego o al alcohol, etc.) (Ibáñez et al., 2003), así como para afrontar un estado de ánimo disfórico (depresión, ansiedad, ira, etc.) (Grant y Kim 2002; Ibáñez et al., 2003; Lesieur y Blume, 1991). Numerosos estudios han constatado que el juego podría utilizarse para regular estados emocionales negativos asociados con sucesos negativos de la vida, insatisfacciones y frustraciones (Burge, Pietrzak, Molina y Petry, 2004; Grant y Kim, 2002; Hand, 1998; Jiménez-Murcia et al., 2007; Potenza et al., 2001; Scannell et al., 2000). Por otra parte, el deseo de ver a otras personas, lo que no equivale necesariamente a socializarse con ellas, en un lugar público puede ser una motivación adicional (Hing y Breen, 2001; Trevorrow y Moore, 1998).

Otras variables que se relacionan estrechamente con la tendencia a la ludopatía en la mujer son la soledad y la propensión al aburrimiento. En estos casos el juego puede comenzar inicialmente por razones sociales o como un mero entretenimiento para ocupar el tiempo libre excesivo, como consecuencia del inicio de los hijos en el colegio o de la salida de los hijos del hogar, y transformarse posteriormente en una adicción (Hing y Breen, 2001; Schull, 2002). Se ha observado que las mujeres que utilizan el juego como una estrategia de evasión son más propensas a tener un bajo control sobre el comportamiento de juego (Thomas y Moore, 2003).

3.2.3 Factores implicados en el juego

a) Factores de riesgo

Entre las variables implicadas en el juego patológico, los factores de riesgo son los factores generadores o reforzadores de la conducta de juego y asimismo pueden ser predictores de la misma. Generalmente aparecen en el inicio de la conducta de juego y, a su vez, se dividen en factores personales, familiares y socioambientales (Garrido, Jaén y Domínguez, 2004).

Entre los factores precipitantes más comunes identificados en el juego patológico se encuentran la falta de tiempo estructurado y el estado de ánimo negativo, así como la disponibilidad de dinero y de estímulos relacionadas con el juego (Morasco, Pietrzak, Blanco et al., 2007).

Aunque determinados factores de riesgo son comunes para el hombre y la mujer ludópata, existen factores de riesgo específicos en función del sexo.

Las *variables demográficas* a menudo han sido identificadas como posibles factores de riesgo para el juego patológico. Ciertos factores demográficos, tales como el sexo masculino, el estado civil y los problemas económicos, legales y de pareja, son considerados factores predictivos del juego patológico (Ladd y Petry, 2002; Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2001). Asimismo el sexo masculino (Johansson, Grant, Kim, Odlaug y Götestam, 2009), una menor edad, un bajo nivel socioeconómico y educativo y ser inmigrante son factores de riesgo de juego patológico (Welte, Wieczorek, Barnes y Tidwell, 2006).

Los *antecedentes familiares de juego o alcohol excesivo* constituyen un factor de riesgo de ludopatía tanto para hombres como para mujeres (Arbinaga, 2001; Lesieur, 1993). El aprendizaje de la conducta de juego mediante el efecto de modelado de los padres es un factor de riesgo claro para que los adolescentes se inicien en el juego, con las expectativas de la obtención de un dinero fácil.

Algunos estudios sugieren que puede haber una conexión entre haber experimentado *sucesos traumáticos en la infancia*, como abuso sexual o maltrato infantil, y una predisposición a desarrollar adicción al juego en la vida adulta (Grant, Kalischuk y Cardwell, 2004). A su vez, la gravedad del maltrato sufrido en la infancia está relacionada con la gravedad y frecuencia de los problemas del juego. Sin embargo, esta asociación se da más en las mujeres que en los hombres (Petry et al., 2005).

Determinados factores personales también se consideran factores de riesgo para la ludopatía. Se corresponden con determinadas características que le predisponen a la persona a

utilizar el juego, bien como una vía de escape a los problemas o a un de estado de ánimo depresivo, o como un modo de ocupación del tiempo o de búsqueda de sensaciones. En este sentido, las emociones negativas son el desencadenante principal del juego ente las mujeres, mientras que en los hombres los factores precipitantes son el aburrimiento y la necesidad de ganar dinero (Hodgins y El-Guebaly, 2004). En el caso de las mujeres adictas el riesgo aumenta cuando tienen antecedentes de un divorcio temprano de los padres, han experimentado pérdidas significativas (ruptura no deseada de la pareja, muerte de un hijo, etc.) y cuentan con maridos con dependencia alcohólica o que se encuentran mucho tiempo fuera de casa. De hecho, muchas mujeres ludópatas comienzan a jugar como un modo de escape de problemas que las desbordan (soledad, maltrato, relaciones maritales problemáticas, etc.) (Petry y Steinberg, 2005; Strachan y Custer, 1993).

El abuso de alcohol y otras drogas y los trastornos ansioso-depresivos se han identificado como factores de riesgo del juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Grant y Kim, 2003; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell y Parker, 2006). Sin embargo, existen diferencias en función del sexo con respecto a los *problemas psicopatológicos*. La depresión primaria o la sintomatología ansioso-depresiva en la mujer son un factor de riesgo de implicación en la ludopatía, mientras que en los hombres ludópatas son factores de riesgo el abuso de alcohol y drogas y la implicación en conductas antisociales, lo que le lleva frecuentemente a la existencia de antecedentes penales. Al ser más habitual la depresión en la mujer y al poderse utilizar el juego como una forma de escape de los problemas cotidianos a los que no se ve salida, el juego excesivo puede actuar en la mujer como una fuente de activación para superar el estado de ánimo deprimido. En el hombre ludópata, en cambio, es

más habitual la depresión secundaria a la ludopatía, ligada habitualmente a las consecuencias negativas del juego excesivo.

En cuanto a las *variables de personalidad*, la búsqueda de sensaciones y las conductas antisociales se consideran factores predisponentes para la ludopatía en los hombres. En la mujer, sin embargo, la multiimpulsividad -que se pone de relieve en conductas como la presencia de atracones o de episodios bulímicos (Álvarez-Moya, 2007), el abuso de alcohol, el fumar compulsivo, el consumo exagerado de fármacos o la adicción al sexo- es un factor de riesgo (Becoña, 1997b).

Entre los *factores sociales y culturales* la gran disponibilidad y el fácil acceso al juego, así como la aceptación social y los medios de comunicación, ejercen un poder de persuasión importante sobre los jugadores y suponen un factor de riesgo para el desarrollo de la ludopatía (Chóliz, 2006; Johansson et al., 2009; Welte et al., 2006). Asimismo se enmarca como factor de riesgo el hecho de que exista aprobación del juego por parte de los amigos y la familia (Welte et al., 2006). En este contexto los factores precipitantes más habituales, especialmente en las mujeres ludópatas, son el consumismo excesivo, que puede incitar a la búsqueda de un dinero fácil en el juego (especialmente cuando se trata de personas supersticiosas o con una distorsión cognitiva de la realidad), la estancia habitual en los bares como consecuencia de la profesión o de la afición y la frecuentación de amigos jugadores o el establecimiento de una relación de pareja con un jugador excesivo.

Por otra parte, los estímulos discriminativos (sonidos, luces, música, etc.) atraen la atención del jugador y favorecen que se produzca la respuesta de juego. El jugador los asocia con las

sensaciones agradables que le produce o el alivio de las desagradables. En este sentido las mujeres son más propensas que los hombres a jugar en respuesta a determinadas señales de juego. Este hallazgo apoya la idea de que la reactividad a los estímulos asociados a las situaciones de juego puede ser un factor precipitante para el juego patológico (Weis y Petry, 2008). Las diferencias con respecto a la reactividad a los estímulos en función del sexo también se han encontrado en otros trastornos adictivos, tales como el alcoholismo (Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke y John, 2005), la adicción a la heroína (Yu, Lin, Zhang, Otmishi, y Guardiola, 2007) o la dependencia a la nicotina (DiRocco y Shadel, 2007).

b) Factores de contención

Los factores de contención se refieren a los factores protectores (valores, contexto familiar, social, cultural, comunitario, etc.) que impiden o modulan la conducta de juego desadaptativa.

Generalmente las mujeres están mucho más estigmatizadas que los hombres por los problemas con el juego debido a los estereotipos de género (Volberg y Wray, 2007). El rechazo social hacia la mujer adicta (bien sea alcohólica, toxicómana o ludópata) está mucho más arraigado que el experimentado por el hombre en esas mismas circunstancias. Mientras que al hombre se le tolera el juego excesivo en las primeras fases y se le considera más como *enfermo*, a la mujer es más probable que se le aplique el concepto moral de *viciosa*, dado que el hombre todavía sigue disfrutando en nuestra sociedad de una mayor tolerancia hacia sus excesos que la mujer (Custer y Milt, 1985). Como generalmente estos apelativos negativos de tipo moral se aplican poco o escasamente en el caso del hombre con problemas de juego, la denominación de mujer jugadora

indica una valoración más negativa que la que se considera en el caso del hombre. Además, el apoyo familiar de la pareja o de los hijos hacia la mujer adicta es mucho menor que el recibido por el hombre adicto. Esto en parte explica que la mujer tenga más *vergüenza* que el hombre en hacer público su problema y acuda menos que él a los programas de tratamiento. Como ocurre con el alcohol, trata de esconder su problema (Becoña, 1997b).

Sin embargo, la interiorización de este rechazo hacia las mujeres adictas o hacia determinados comportamientos, como la presencia regular de las mujeres en los bares (lugar habitual de las máquinas tragaperras), es una barrera de contención que frena la progresión en el juego a muchas mujeres (Becoña, 1997b).

Asimismo las mujeres suelen tener un mayor control en la obtención y en el manejo del dinero. En general, al menos tradicionalmente, al ser amas de casa o tener profesiones menos cualificadas, cuentan con menos dinero propio, son mejores administradoras y, por ello, se entrampan menos y cometen menos actos ilegales, como robos, falsificaciones, actos violentos, etc. (Lesieur, 1993). Esto podría explicar la tendencia a interiorizar sus problemas, bien a través de procesos depresivos, bien a través de trastornos psicosomáticos, que son los síntomas más característicos de muchas mujeres jugadoras. De este modo, su problema de juego se mantiene ante los demás de manera más latente. Todo ello facilita una contención de la espiral de deterioro.

Por último, la relevancia de la mujer como madre de los hijos y la responsabilidad familiar y social inherente a ello, es decir, la aceptación de los valores sociales sobre el rol tradicional de la mujer,

pueden ser otro factor de contención y suponen un freno en la progresión de la ludopatía.

3.2.4 Evolución del trastorno

El curso de la ludopatía en la mujer es, en muchos aspectos, muy similar al del varón ludópata. El proceso psicológico que les lleva a ambos a la adquisición de la conducta de juego, a la escalada hacia un juego problemático y a la posterior aparición del juego patológico es el mismo (Becoña, 1997b). Sin embargo, hay algunos aspectos diferenciales significativos entre los hombres y las mujeres ludópatas en relación con el curso del trastorno.

Respecto a la edad de comienzo en el juego, las mujeres presentan una edad de inicio en el juego más tardía que los hombres (Granero et al., 2009; Grant y Kim, 2002; Ibáñez et al., 2003; Ladd y Petry, 2002; Petry, 2002; Tavares et al., 2001). Concretamente, los hombres comienzan a jugar durante la adolescencia tardía o en la juventud, mientras que las mujeres tienden a comenzar con el juego ya en la madurez, a menudo alrededor de los 30-40 años (Blanco et al., 2006; Crisp et al., 2004; Grant y Kim, 2002; Ladd y Petry, 2002; Ibáñez et al., 2003; Nelson et al., 2006; Nower y Blaszczynski, 2006; Potenza et al. 2001; Tavares et al., 2001).

Sin embargo, aunque las mujeres se inician más tardíamente en el juego, desarrollan problemas más rápidamente, por lo que la progresión hacia el trastorno es más rápida que en el caso del hombre. Por tanto, se puede considerar que la adicción se produce de manera más rápida que en los hombres (Blanco et al., 2006; Grant y Kim, 2001, 2002; Hing y Breen, 2001; Ibáñez et al., 2003; Kessler et al., 2008; Ladd y Petry, 2002; Martins et al., 2002; Nelson, LaPlante,

LaBrie y Shaffer, 2006; Nower y Blaszczynski, 2006; Potenza et al., 2001, 2006; Tavares et al., 2001, 2003). En concreto, se ha observado que la evolución del trastorno antes de la búsqueda de ayuda terapéutica es de 11 años en el caso de los hombres y de 4 en el de las mujeres (Ibáñez *et al.,* 2003; Tavares et al., 2001).

La progresión rápida hacia la adicción en las mujeres, se basa en el llamado *"efecto telescópico"*, que tiene lugar también en otros tipos de adicciones (Piazza, Vrbka y Yeager, 1989; Randal, Roberts, Del Boca et al., 1999). En las mujeres el efecto telescópico ocurre en 2 períodos: en primer lugar, en el intervalo entre la intensificación del juego y los primeros problemas relacionados con el juego; y en segundo lugar, en el tiempo transcurrido entre estos primeros problemas y la búsqueda de ayuda terapéutica.

El desarrollo del trastorno es más rápido cuando aparecen o se agudizan circunstancias vitales adversas, tales como soledad, mala relación de pareja, problemas con los hijos, etc. Por ello, la ludopatía aparece en la mujer en las edades medias o tardías de la vida (Becoña, 1997b), controlada fundamentalmente por reforzadores negativos (evitación del malestar emocional y escape de las frustraciones cotidianas). Asimismo la progresión más rápida hacia el juego patológico se produce especialmente en las mujeres afectadas que carecen de habilidades de autocontrol, de comunicación y de solución de problemas, cuando su apoyo social es escaso y la utilización del tiempo libre poco satisfactoria y cuando cuentan con pocos recursos psicológicos para hacer frente a las situaciones de estrés.

Por otra parte, el curso de la ludopatía en la mujer está asociado a la aparición de alteraciones mentales (depresión) o de problemas psicosomáticos (fatiga crónica, dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales, etc.) mucho más frecuentemente que en el caso del hombre. Sin embargo, los problemas con la Justicia por robos, falsificaciones, préstamos no devueltos, etc., son menos habituales que en el caso del hombre. Por así decirlo, la evolución de la ludopatía en la mujer cursa de una forma más interna y menos visible (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

3.3.1 Variables de personalidad

Se han encontrado algunos rasgos específicos de personalidad entre los jugadores patológicos en función del sexo. Las mujeres jugadoras muestran rasgos de evitación/escape, que reflejan una tendencia hacia la timidez, las conductas de evitación pasiva y la preocupación anticipatoria sobre un posible peligro. Asimismo las mujeres presentan un bajo nivel de autonomía y de autocontrol, que incluyen habilidades tales como la responsabilidad de las propias decisiones, la disponibilidad de los recursos de afrontamiento, la autoestima y la eficacia (Álvarez-Moya et al., 2007; Ibáñez et al., 2003; Ladd y Petry, 2002). Todo esto, a su vez, puede estar relacionado con rasgos de personalidad premórbida depresiva (Cloninger, Bayon y Svrakic, 1998).

Asimismo las mujeres ludópatas tienden a mostrar puntuaciones altas en introversión. De hecho, la introversión se relaciona más con los juegos de azar pasivos y solitarios, como las loterías y los cupones, que son algunos de los más utilizados por las mujeres (Arbinaga, 2001; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001).

En el caso de los hombres, diferentes estudios han encontrado niveles altos de búsqueda de sensaciones o impulsividad, que no parecen tan significativos en las mujeres ludópatas (Blaszczynski, Steel y McConaghy, 1997). No obstante, en la mujer son más característicos los rasgos de multiimpulsividad, que pueden ser reflejo de un trastorno límite de la personalidad y que se manifiestan en conductas como la presencia de atracones o de episodios bulímicos (Álvarez-Moya, 2007), el abuso de alcohol, el fumar compulsivo, el consumo exagerado de fármacos o la adicción al sexo (Becoña, 1997b). Sin embargo, no hay una asociación clara del trastorno límite con la ludopatía en la mujer.

En el hombre predomina también una alta dependencia a la recompensa (Álvarez-Moya et al., 2007). En estos casos la *búsqueda de sensaciones*, especialmente entre adolescentes, puede facilitar el contacto inicial con el juego y la *impulsividad* puede ser responsable de la persistencia en el juego, a pesar incluso de las pérdidas y de los problemas acumulados (Gupta y Deverensky, 1998).

Por otra parte, a pesar de que la variable de personalidad ansiedad/rasgo es una característica común entre los jugadores patológicos, no aparecen diferencias significativas en esta variable en función del sexo (Llinares et al., 2006).

3.3.2 Variables psicopatológicas

Numerosos estudios muestran de manera consistente un alto índice de comorbilidad entre el juego patológico y otros trastornos, encontrándose diferencias significativas en función del sexo. No obstante, algunos estudios no han hallado diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la comorbilidad en el juego patológico (Breen y Zimmerman, 2002; Ibáñez et al., 2003; Ladd y Petry, 2002).

En general, hay una mayor proporción de mujeres jugadoras en tratamiento por problemas psicopatológicos en Centros de Salud Mental (Lesieur y Blume, 1991; Potenza et al., 2001). Por lo que a la diferencia de sexos se refiere, existen diferencias significativas en el estado de ánimo, siendo las mujeres quienes presentan mayores índices de depresión (Blanco et al., 2006; Dannon, Lowengrub, Shalgi et al., 2006; Desai y Potenza, 2008; Ibáñez et al., 2001, 2003; Getty, Watson y Frisch, 2000; Granero et al., 2009; Ledgerwood y Petry, 2006; Llinares et al., 2006; Martins, Tavares, Da Silva Lobo, Galetti, y Gentil, 2000; Petry, Stinson y Grant, 2005; Tavares et al., 2003; Wenzel y Dahl, 2009; Westphal, Rush, Stevens y Johnson, 2000). De hecho, las mujeres manifiestan una mayor historia de intentos de suicidio que los hombres, siendo la depresión, con el riesgo consiguiente de suicidio, el trastorno comórbido más frecuente en la mujer jugadora, sobre todo cuando la ludopatía entraña ya una fase de deterioro, lo que ocurre en las fases de pérdida, desesperación y rendición (Ibáñez et al., 2003; Leena, Sumitra, Shannon y Miller, 2005; Martins et al., 2004).

La relación entre la depresión y el juego patológico en la mujer puede explicarse a través de tres factores (Becoña, 1997b): a) es un trastorno que se da en mayor proporción entre las mujeres en la población general y, por tanto, también entre las mujeres jugadoras patológicas; b) en ocasiones el juego es el "escape" de los problemas cotidianos a los que no se les ve salida; y c) el juego puede servir de activación para así superar el estado de ánimo deprimido. Sin embargo, este juego excesivo va a causar otros problemas aún más graves en el futuro, al mantenerse e incluso agravarse la depresión y surgir el problema del juego patológico. Asimismo la depresión en la mujer es más habitual cuando hay violencia de pareja o cuando la paciente se siente desbordada por las responsabilidades familiares (educación de los hijos, situación económica precaria, rechazo de la pareja, etc.), lo cual comporta mayores sentimientos de soledad y dificultades adaptativas (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias significativas en función del sexo en las tasas de depresión (Potenza et al., 2001; Heater y Patton, 2006). Incluso algunos autores han observado que son los hombres ludópatas quienes presentan un mayor nivel de sintomatología depresiva, siendo los trastornos comórbidos principales la depresión mayor y la distimia (Desai y Potenza, 2008).

Por tanto, en la mujer la depresión puede ser un factor predisponte al juego, lo que sugiere que las mujeres con síntomas depresivos pueden implicarse en el juego, acentuándose después la depresión con el impacto desfavorable del juego (Desai y Potenza, 2008). De este modo, se crea un círculo vicioso del que resulta muy difícil salir. En el hombre, sin embargo, la depresión puede ser

secundaria a la ludopatía, ligada a sus consecuencias negativas de toda índole (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

Numerosos estudios han encontrado que las mujeres ludópatas presentan un mayor nivel de ansiedad patológica que los hombres (Blanco et al., 2006; Dannon et al., 2006; Desai y Potenza, 2008; Getty, Watson y Frisch, 2000; Granero et al., 2009; Ibáñez et al., 2003; Ledgerwood y Petry, 2006; Petry, Stinson y Grant, 2005; Potenza et al., 2001, 2006; Tavares et al., 2003; Wenzel y Dahl, 2009). La alta tasa de ansiedad patológica entre las ludópatas es consistente con la elevada prevalencia de trastornos de ansiedad que aparece en las mujeres de la población general (Kaplan Sadock y Grebb, 1994). No obstante, algunos estudios indican que no han encontrado diferencias en función del sexo con respecto a la comorbilidad entre trastornos de ansiedad y juego patológico (Potenza et al., 2001; Heater y Patton, 2006; Llinares et al., 2006).

La asociación entre trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y el juego patológico en las mujeres sugiere que las mujeres que presentan síntomas de ansiedad o depresión pueden implicarse más fácilmente en el juego (Desai y Potenza, 2008). Asimismo es probable que las mujeres jueguen más para escapar de sus emociones negativas, desarrollando el juego patológico en un intento de aliviar los síntomas ansioso-depresivos (Granero et al., 2009; Ledgerwood y Petry, 2006; Petry, Stinson, y Grant, 2005).

Con respecto a la relación entre el juego patológico y el abuso de alcohol en función del sexo, se han encontrado resultados contradictorios. Algunos estudios sostienen que existe una mayor comorbilidad de abuso de alcohol entre los hombres ludópatas que entre las mujeres (Martins et al., 2004; Ibáñez et al., 2001; Potenza

et al., 2002; Slutske et al., 2000; Wenzel y Dahl, 2009; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell y Parker, 2001). De hecho, existe una mayor vulnerabilidad genética a la dependencia al alcohol y al juego en los hombres (Slutske et al., 2000), lo que posiblemente guarda relación con los niveles más bajos de agresividad e impulsividad en las mujeres (Bettencourt y Miller, 1996; Glaude, 1991; Waldeck y Miller, 1997). Sin embargo, a diferencia de los resultados encontrados por autores que encuentran un mayor consumo de alcohol en hombres, otros estudios indican que no existen diferencias significativas entre los hombres y las mujeres ludópatas con respecto al abuso de alcohol, de modo que aparecen niveles similares de consumo de alcohol entre ambos (Greenfield, 2002; Ladd y Petry, 2002; Llinares et al., 2006; Potenza et al., 2001; Toneato, 2000). De hecho, el abuso de alcohol es una conducta de riesgo en la mujer ludópata, sobre todo cuando ya se ha establecido una dependencia acentuada al juego (Arbinaga, 2001). El elevado porcentaje de mujeres con dependencia al alcohol sugiere que las mujeres son más propensas que los hombres a engancharse más rápidamente al alcohol (Musante, 1999; Randal et al., 1999). En cualquier caso, en los hombres ludópatas el alcohol influye en las conductas impulsivas y agresivas, lo que les lleva a jugar más, a tener mayores pérdidas económicas y más problemas a nivel social derivados del juego excesivo. Sin embargo, en las mujeres el consumo de alcohol se asocia con tasas más altas de tratamiento por problemas de salud mental (Desai, Maciejewski, Pantalon y Potenza, 2006).

Por otra parte, tanto las mujeres como los hombres ludópatas muestran un elevado consumo de otras drogas (Potenza, Maciejewski y Mazure 2006). Algunos estudios indican que los hombres presentan más problemas relacionados con el abuso de drogas que las mujeres (Desai y Potenza, 2008; Potenza, 2001). Sin embargo, otros estudios

relacionan el abuso de otras drogas con el juego patológico de manera más significativa entre las mujeres (Petry, Stinson y Grant, 2005; Potenza et al., 2004).

El abuso de alcohol y otras drogas suele ir unido en el juego patológico. En general, tanto los hombres como las mujeres ludópatas muestran tasas similares con respecto al abuso de tabaco, alcohol y abuso de otras drogas (Granero et al., 2009; Grant y Potenza, 2005; Martins et al., 2004). No obstante, algunos estudios han encontrado que los hombres presentan más problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas en comparación con las mujeres (Blanco et al., 2006; Dannon et al., 2006; Desai et al., 2006; Getty, Watson y Frisch, 2000; Heater y Patton, 2006; Ibáñez et al., 2003; Potenza, et al., 2001; Tavares et al., 2003). Por el contrario, otros estudios sostienen que la comorbilidad entre el juego patológico y el abuso de alcohol y de otras drogas se asocia más a las mujeres (Desai, Maciejewski, Pantalon y Potenza, 2005; Gerstein, Volberg, Murphy, et al., 1999; Petry, Stinson y Grant, 2005; Potenza et al., 2002; Potenza, Maciejewski y Mazure, 2006).

Por último, los ludópatas de uno y otro sexo manifiestan conductas impulsivas asociadas al juego. Desde una perspectiva diferencial, los hombres tienden a implicarse más en conductas temerarias y de abuso de alcohol. Las mujeres, en trastornos psicosomáticos, en conductas suicidas ligadas a la depresión y en episodios bulímicos (Ibáñez et al., 2003; Martins et al., 2004). Así, en el estudio llevado a cabo por Lesieur y Blume (1991) el 24% de las mujeres se consideraban a sí mismas compradoras compulsivas, el 20% reconocían comer de forma compulsiva y el 12% eran posibles adictas sexuales (Lesieur, 1991). Por su parte, Martins et al. (2004)

sostienen que las mujeres presentan menos comportamientos sexuales de riesgo que los hombres.

En definitiva, diferentes trastornos psiquiátricos se han relacionado con el juego patológico de manera más significativa entre las mujeres. Existe una fuerte evidencia acerca de una mayor comorbilidad de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo en las mujeres jugadoras (Desai y Potenza, 2008; Wenzel y Dahl, 2009). Por otra parte, aunque hay una tendencia a que los hombres ludópatas abusen del alcohol y de otras drogas en mayor medida que las mujeres (Blanco et al., 2006; Dannon et al., 2006; Desai et al., 2006), en numerosos estudios se ha observado que tanto los hombres como las mujeres ludópatas muestran tasas similares con respecto al abuso de tabaco, alcohol y otras drogas (Granero et al., 2009; Grant y Potenza, 2005; Martins et al., 2004).

3.4 REPERCUSIONES DE LA LUDOPATÍA

Ha quedado ampliamente demostrado que el juego incrementa los problemas personales debido a las consecuencias negativas que acarrea tanto para la propia persona como para los que están a su alrededor (Piquette-Tomei et al., 2007). Tanto en el hombre como en la mujer ludópata el juego patológico conlleva una serie de consecuencias negativas en las diferentes áreas de la vida, es decir, a nivel personal, familiar, social, laboral, económico y legal.

Sin embargo, en la mujer las repercusiones son más acentuadas que en el caso del hombre. El estrés, los trastornos psiquiátricos comórbidos, los problemas de salud, las dificultades económicas y de empleo, así como el aislamiento social y los problemas familiares y de pareja, se encuentran entre las

consecuencias que experimentan las mujeres como resultado del juego abusivo (Boughton y Brewster, 2002; Lesieur y Blume, 1991; Petry y Armentano, 1999).

3.4.1. Repercusiones personales

A nivel personal, el juego patológico suele ir acompañado de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, tales como el abuso de alcohol y drogas y trastornos afectivos (ansiedad o depresión), así como problemas psicosomáticos. Estas alteraciones se manifiestan de modo diferente entre los hombres y las mujeres.

a) Repercusiones físicas

El juego patológico puede desencadenar distintos problemas de salud tanto en los hombres como en las mujeres. Se ha observado que los jugadores patológicos tienen tasas significativamente más elevadas de taquicardia, angina de pecho, cirrosis y otras enfermedades del hígado con respecto a los no jugadores, especialmente cuando se abusa también del alcohol (Morasco, Pietrzak, Blanco, Grant, Hasin y Petry, 2006).

En la mujer la ludopatía está asociada a la aparición de problemas psicosomáticos (fatiga crónica, dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales, etc.), mucho más frecuentemente que en el caso del hombre. Las alteraciones psicosomáticas, que la llevan a consultar a los médicos de Atención Primaria, y los problemas de salud mental, como la depresión o los síntomas inespecíficos de ansiedad, constituyen la parte más visible de la ludopatía en la mujer y pueden contribuir a ocultar el problema (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

b) Repercusiones psicológicas

Las repercusiones psicológicas de la ludopatía son más acentuadas en la mujer y se asocian a la aparición de alteraciones mentales, principalmente ansiedad y depresión. El sufrimiento causado por las pérdidas económicas y la inseguridad permanente de ser descubierta en su adicción generan en la mujer ludópata un estado de irritabilidad, de nerviosismo y de inestabilidad emocional que acaba por aislarla familiar y socialmente.

Además las mentiras y los autoengaños deterioran la autoestima de la mujer ludópata. Todo ello acentúa una sensación de inutilidad y facilita la aparición de un estado de ánimo deprimido, que, en ocasiones, es preexistente, pero que, en otras, es resultado de la degradación personal y del rechazo familiar y social que experimenta la mujer como consecuencia de la adicción (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005). En este sentido, las consecuencias emocionales relacionadas con los problemas de juego se manifiestan como sentimientos de culpa, vergüenza, o miedo (Lesieur y Blume, 1991).

3.4.2 Repercusiones sociales

Las repercusiones sociales están relacionadas con el aislamiento social debido al sentimiento de vergüenza y a las deudas contraídas con personas conocidas. Tanto los hombres como las mujeres experimentan una gran variedad de problemas sociales (Heater y Patton, 2006).

En el caso de la mujer ludópata la situación se agrava. El estigma social negativo, acentuado en el caso de la mujer, contribuye a un mayor aislamiento social, que es resultado del intento de la mujer de ocultar su realidad ante otras personas y del rechazo social de las personas de su entorno. Todo ello contribuye a aumentar sus emociones negativas (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

3.4.3 Repercusiones laborales

Las consecuencias a nivel laboral suponen una menor implicación en el trabajo, con ausencias, despidos o pérdidas económicas en ambos sexos. Sin embargo, la mujer, cuando trabaja fuera del hogar, presenta más serios problemas laborales que el hombre (Petry, 2002).

Cuando la mujer ludópata es ama de casa, se produce a menudo una desatención a las tareas del hogar y una inversión del dinero familiar en el juego. Si se trata de una mujer profesional, la disminución del rendimiento laboral, con inasistencias o retrasos e incumplimiento de las tareas profesionales, es la conducta habitual, lo que pone en peligro su estabilidad laboral (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

3.4.4 Repercusiones económicas

El área económica es una de las más afectadas por el juego. Como resultado del juego se produce un descenso importante del poder adquisitivo, con numerosas deudas y problemas de dinero a los que hay que hacer frente.

Por lo que a la diferencia de sexo se refiere, en relación con las repercusiones económicas relacionadas con el juego, los estudios muestran resultados contradictorios.

A pesar de que tanto los hombres como las mujeres ludópatas presentan problemas económicos relacionados con el juego, algunos estudios sostienen que las mujeres presentan más problemas que los hombres a nivel económico (Nower y Blaszcynski, 2006; Petry, 2002; Potenza et al., 2001).

Otros estudios, sin embargo, no han encontrado diferencias significativas en función del sexo en relación con las consecuencias del juego a nivel económico (Crisp et al., 2000; Grant y Kim, 2002; Ibáñez et al., 2003). Es decir, tanto los hombres como las mujeres experimentan una gran variedad de problemas económicos (Heater y Patton, 2006) y muchas deudas relacionados con el juego (Potenza, 2001; Weis y Petry, 2008).

3.4.5 Repercusiones legales

La tendencia a la transgresión de normas es otra de las consecuencias del juego patológico. Las repercusiones legales relacionadas con el juego suelen estar asociadas a la comisión de delitos, que responde a la necesidad de obtener dinero para seguir jugando, con la posibilidad de encarcelamiento por desfalcos o robos, así como a la existencia de juicios pendientes.

En general, las mujeres ludópatas presentan menos problemas legales que los hombres (Blanco et al., 2006; Ibáñez et al., 2003; Ladd y Petry, 2002).

Las mujeres, al menos tradicionalmente, al ser amas de casa o tener profesiones menos cualificadas, cuentan con menos dinero propio y, por ello, se entrampan menos y cometen menos actos ilegales, tales como robos, falsificaciones, actos violentos, etc. (Lesieur, 1993).

Es más probable que los hombres muestren más antecedentes penales y apuesten más dinero ilegalmente que las mujeres (Ladd y Petry, 2002; Nelson et al., 2006; Potenza et al., 2001). Asimismo los hombres, en comparación con las mujeres, deben más dinero a los prestamistas o corredores de apuestas y presentan tasas más altas de detenciones y arrestos asociados al juego (Potenza et al., 2001).

Por otra parte, algunos estudios afirman que ambos sexos muestran actividad ilegal relacionada con el juego (Martins et al., 2004; Saskatchewan Health, 2002). Sin embargo, la diferencia más importante entre hombres y mujeres parece ser que los hombres muestran más antecedentes penales (Potenza et al., 2001).

3.4.6 Repercusiones familiares

Como ocurre en las conductas adictivas, el impacto del juego patológico va más allá del paciente afectado. En concreto, se han descrito numerosas consecuencias en los familiares de los jugadores patológicos (Abbott, Cramer, y Sherrets, 1995; Crisp et al., 2001; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000; Heineman 1989; Korn y Shaffer, 1999; Lesieur y Rothchild, 1989).

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). Generalmente, las diferentes áreas alteradas de la vida cotidiana que presentan los ludópatas son extensivas a la familia. Los problemas más habituales que presentan los familiares de los jugadores son los siguientes: pérdida de dinero o del hogar; discusiones, ira y violencia; mentiras y engaños; abandono de la familia; problemas en las relaciones sociales, mala comunicación, confusión sobre los roles y responsabilidades familiares; y desarrollo de problemas con el juego o con otro tipo de adicciones en la familia (Grant, Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein y Solowoniuk, 2006).

A pesar de que la mayoría de los estudios llevados a cabo en este contexto se centran en los jugadores masculinos y en las repercusiones en sus parejas o familiares, se ha especulado que las repercusiones del juego en la familia de la mujer ludópata, especialmente en los niños, pueden ser más negativas debido a la mayor implicación de la mujer con la familia, según su rol tradicional de cuidadora de los hijos. Otros estudios, sin embargo, sugieren que, puesto que los hombres gastan más dinero en el juego, tienen más problemas con la familia (Becoña, 1999; Crisp et al., 2004; Granero et al., 2009).

a) Repercusiones en la pareja

Un claro reflejo de las repercusiones familiares es el deterioro frecuente de la relación de pareja. 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, derivada de la incapacidad para recuperar la confianza en el jugador o del desarrollo de constantes sentimientos de duda, que, en ocasiones, adquieren tintes obsesivos (Fernández-Montalvo y Castillo, 2004). Asimismo se observa una alta tasa de separaciones y divorcios entre los jugadores (Garrido, Jaén y Domínguez, 2002). Los problemas que generalmente presentan las parejas de los jugadores incluyen síntomas psicopatológicos y físicos diversos, que derivan del problema de juego del otro miembro de la relación, así como alteraciones en las diferentes áreas de la vida, entre las que cabe destacar por su frecuencia problemas interpersonales, emocionales, familiares y económicos (Crisp et al., 2001).

En el caso de la mujer ludópata, la reacción del marido o de la pareja es mucho más intransigente que cuando es él quien tiene problemas con el juego (Custer y Milt, 1985). El marido puede pagar los gastos de su juego inicialmente, pero es menos probable que le proporcione la ayuda y comprensión que necesita. En muchos casos no son capaces de admitir tener una mujer jugadora patológica. La consideración de la mujer ludópata como *viciosa*, algo similar a como si fuese una alcohólica o una prostituta, denota un enfoque moral del problema, no en términos de salud/enfermedad. El descuido de los hijos y la derivación del dinero familiar hacia el juego acentúan este enfoque (Becoña, 1997b). A menudo, a lo largo del proceso de descubrimiento del problema o de la recuperación de ella, piden el divorcio. No obstante, la impresión clínica sugiere que, en general, el hombre se ve menos afectado personalmente -salvo en las cuestiones económicas- que cuando es la mujer quien tiene una pareja jugadora. Por otra parte, se ha observado que en algunos casos la pareja de la

mujer ludópata está también implicada en un problema de juego (Crisp et al., 2001).

Cuando el jugador es el hombre, su pareja reacciona de modo diferente. A pesar de las dificultades que experimentan, mantiene la relación durante largos períodos de tiempo. Sus razones para ello son los sentimientos de amor hacia la pareja, el temor a enfrentarse solas en el mundo, las necesidades de los niños y la falta de recursos económicos (Dickson-Swift, James, y Kippen, 2005; Patford, 2007). Otro de los motivos de permanecer en la relación es la expectativa de cambio por parte del jugador (Patford, 2009). Generalmente la mujer del ludópata decide proporcionar el apoyo y cuidado necesarios para facilitar la recuperación del jugador (Hodgins y El-Guebaly, 2000; Patford 2007). Las mujeres son acompañantes frecuentes de los ludópatas cuando éstos deciden buscar ayuda. Así, el 82% de los ludópatas que acuden a los centros clínicos tienen como acompañantes a mujeres (pareja o madre, fundamentalmente) (Arbinaga, 2001).

Por otra parte, las repercusiones en la pareja femenina del jugador se manifiestan a través de pérdidas económicas, conflictos domésticos, angustia en los niños y dificultades en las relaciones con la familia extensa (Darbyshire, Oster y Carrig, 2001; Dickson-Swift et al., 2005; Grant, Kalischuk y Cardwell, 2004; Grant, Kalischuk et al., 2006; Krishnan y Oxford, 2002; Patford, 2007). Asimismo sufren repercusiones emocionales tales como ansiedad, depresión, miedo, ira, resentimiento, arrepentimiento, tristeza, desesperación, frustración, incertidumbre y culpa (Patford, 2009).

Por último, en este contexto resulta habitual la violencia de pareja. En un reciente estudio se ha observado que en el 62,9% de los jugadores existe violencia de pareja (Korman, Collins, Dutton et al., 2008). En algunos casos la victimización tiene lugar en las mujeres ludópatas, que sufren maltrato por parte de sus parejas (Toneatto y Skinner, 2000). Sin embargo, la victimización de la mujer también sucede en otra dirección. Es decir, se ha observado que las mujeres cuyas parejas muestran problemas con el juego tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia por parte de sus parejas. Además, la probabilidad de sufrir maltrato es mayor aún en aquellas en las que su pareja tiene también problemas de alcohol. Por tanto, la presencia conjunta de problemas con el juego y con el alcohol está asociada a un mayor riesgo de maltrato (Muelleman, DenOtter, Wadman, Tran, y Anderson, 2002).

Otros estudios no han encontrado diferencias en función del sexo con respecto a la victimización. Es decir, tanto los hombres como las mujeres con problemas de juego afirman haber experimentado violencia por parte de sus parejas. Es decir, la violencia de pareja en los jugadores patológicos puede ser cometida por parte de ambos sexos (Korman et al., 2008).

Aunque estos estudios confirman que entre los jugadores patológicos existe violencia de pareja, las razones acerca de la violencia son menos claras. La violencia podría estar relacionada con la falta de control de los impulsos por parte del jugador, su baja tolerancia a la frustración o su agresividad. Asimismo podría estar relacionada con el comportamiento antisocial, el trastorno del estado de ánimo o el abuso de sustancias. En definitiva, la suma de factores como los rasgos disfuncionales de personalidad y los trastornos mentales y adictivos, unidos a los complejos problemas sociales y

económicos encontrados en estas familias, pueden fomentar el ciclo de la violencia en la pareja (Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman y Black, 2007).

b) 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 las descritas 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.

Sin embargo, los hijos sufren de modo muy acusado las consecuencias de tener una madre jugadora patológica, más aún que cuando lo es su padre.

Además de sufrir las consecuencias del deterioro económico y de estar presentes en las discusiones de sus padres, los niños de estas familias pueden constituir el blanco de las frustraciones de los padres y, en algunos casos, sufrir el abuso psicológico y físico (Lesieur y Rothschild, 1989). Muchos de estos niños desarrollan trastornos psicosomáticos tales como alergias asma, problemas digestivos crónicos o dolores de cabeza (Lorenz y Yaffee, 1988). Además son inestables emocionalmente, presentan escasas habilidades sociales y problemas de identidad psicosocial. Y la crisis de roles les lleva frecuentemente a imitar otros roles distintos a los de los padres (McCormick y Taber, 1987).

Los hijos de padres ludópatas están expuestos a un entorno familiar disfuncional y, a menudo, se sienten responsables del clima emocional en el hogar. Los menores reaccionan ante este problema de varias maneras. Así, tienen una alta probabilidad de mostrar una alta incidencia en psicopatología infantil y de presentar una mayor implicación en conductas perjudiciales para la salud, tales como consumo de alcohol, tabaco y drogas e implicación en conductas de juego. A su vez, son frecuentes un rendimiento académico inconsistente y ausencias del hogar (Becoña, 1997b; Jacobs, Marston, Singer et al., 1989).

Por otra parte, al crecer estos niños en una atmósfera de carencia emocional, aislamiento, abuso paterno, rechazo, pobres modelos de rol y énfasis en el dinero, es probable que posteriormente tengan igualmente problemas psicosociales diversos (Darbyshire, Oster y Carrig, 2001; Lorenz y Shuttiesworth, 1983). Según un estudio reciente de Vitaro, Wanner, Brendgen y Tremblay (2008), los hijos de padres ludópatas presentaban sentimientos depresivos y problemas de conducta en la adolescencia y experimentaban un aumento de estos síntomas en el comienzo de la vida adulta.

3.5 BÚSQUEDA DE AYUDA TERAPÉUTICA Y TRATAMIENTO

Los estudios indican que las mujeres ludópatas acuden en menor medida que los hombres a los centros de tratamiento en búsqueda de ayuda terapéutica (Ciarrocchi, 2002) y, por tanto, son menos propensas a recibir tratamiento por un problema de juego (Boughton y Brewster, 2002; Grant y Kim, 2002; Lesieur y Blume, 1991; Martins et al., 2002; Rush, Moxam y Urbanoski, 2002; Rush, Adlaf, Veldhuizen, Corea y Vincent, 2005; Urbanoski y Rush, 2006; Tavares et al., 2003; Volberg, 2003).

Sin embargo, los estudios indican que el porcentaje de mujeres jugadoras patológicas en la población es mayor del que acude a los centros de tratamiento (Echeburúa et al., 1994; Lesieur, 1993; Walker, 1992). Esto es especialmente problemático, ya que las mujeres, tal como se ha comentado anteriormente, experimentan una mayor repercusión negativa como resultado de los problemas de juego en comparación con los hombres (Grant y Kim, 2002).

Este patrón de conducta se aleja de lo que ocurre habitualmente en los Centros de Salud Mental con otros trastornos psiquiátricos (Wang et al., 2005) o en los Servicios de Atención Primaria (Crisp et al., 2000, Smith, Braunack-Mayer y Wittert, 2006), en donde las tasas de prevalencia son más altas en las mujeres, lo que quiere decir que, en general, buscan ayuda terapéutica en mayor medida y con mayor rapidez que los hombres.

No obstante, algunos estudios han encontrado que es más probable que las mujeres propiamente ludópatas (32%) busquen ayuda terapéutica en comparación con los hombres (13%) (Pulford et al., 2009). Este hallazgo es consistente con otros estudios en los que también la tasa de búsqueda de ayuda terapéutica es más alta entre las mujeres que entre los hombres (Crisp et al., 2004; Blanco et al., 2006; Slutske, 2006). En el estudio de Crisp et al. (2000) la proporción de hombres y mujeres que acuden a los centros de tratamiento es similar. Sin embargo, las mujeres tenían una mayor probabilidad de terminar el tratamiento y de dar solución al problema del juego.

Las altas tasas de búsqueda de tratamiento entre las mujeres pueden ser explicadas por el hecho de que las mujeres, a diferencia de los hombres, a pesar de que inicialmente ocultan más el problema,

una vez que lo reconocen, creen que la ayuda profesional es necesaria (Kessler, Brown, y Broman, 1981). Además las mujeres muestran una actitud más positiva hacia la salud mental en general, así como una mayor voluntad para buscar ayuda terapéutica. Por ello, suelen mostrar alivio al hablar acerca de los problemas con un profesional y no sienten vergüenza acerca de la necesidad de buscar ayuda (Mojtabai, 2007).

A menudo las mujeres ludópatas llevan a cabo la conducta de juego en secreto. El estigma social negativo, especialmente acentuado en el caso de la mujer, contribuye a ocultar el reconocimiento del problema y a retrasar la búsqueda de ayuda terapéutica. Generalmente la búsqueda de ayuda terapéutica por parte de la mujer ludópata se hace en solitario. A diferencia del hombre ludópata, que suele venir acompañado por alguno de sus familiares cercanos (pareja o madre, fundamentalmente), la mujer acude sola y no cuenta con una colaboración activa en el tratamiento por parte de su pareja o de sus hijos adultos (Arbinaga, 2001). Habitualmente las mujeres suelen buscar tratamiento después de haber tenido un episodio de juego especialmente grave y llegan a los centros muy afectadas emocionalmente (Echeburúa, 2006). Asimismo con frecuencia es el deterioro de la relación familiar la variable crítica que determina la consulta por la ludopatía. A diferencia del hombre ludópata, que adopta una actitud más egocéntrica, altiva y negadora del problema, la mujer ludópata, una vez que ha dado el paso inicial de buscar ayuda, es más consciente de lo ocurrido y muestra un profundo sentimiento de vergüenza (Becoña, 1997b).

Se han identificado los principales factores de motivación y también los factores que dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica en los jugadores patológicos. La mayoría de los jugadores buscan

ayuda cuando se enfrentan a una crisis de salud o psicológica o se enfrentan a la ruina económica, en lugar de ser motivados por el reconocimiento gradual de la conducta problemática. La depresión grave y la incapacidad para pagar sus cuentas o para devolver préstamos de dinero son las principales fuentes de sus problemas y el factor crítico para el cambio. Los principales obstáculos para la búsqueda de ayuda terapéutica son la negación del problema o la vergüenza, así como el convencimiento de que finalmente podrán obtener el control por sí mismos o de que serán capaces de ganar más dinero para salir de sus dificultades (Evans y Delfabbro, 2005). En general, estos factores psicológicos, es decir, la negación y la vergüenza, son las dificultades más importantes en la búsqueda de ayuda terapéutica (Evans y Delfabbro, 2005).

Estos impedimentos dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica en las mujeres en mayor medida que en el caso de los hombres, lo que las hace más reacias a recurrir inicialmente a los dispositivos asistenciales (Berry, Freahlich y Toderian, 2002; Rush, Moxam y Urbanoski, 2002).

Las variables personales e interpersonales pueden interferir en el acceso a la búsqueda de tratamiento en la mujer jugadora. La influencia de su pareja, la fase en la que se encuentra de recuperación o de juego, los sentimientos de vergüenza y culpa o el miedo, entre otras razones, pueden dar lugar a negar que existe un problema, lo que retrasa la oprtunidad de acudir a tratamiento (Piquette-Tomei et al., 2007). Asimismo el hecho de no saber qué tipo de ayuda está disponible o creer que su problema es simplemente económico puede llevar a las mujeres a sentirse avergonzadas y solas, así como a hacer frente en solitario a innumerables problemas financieros. Por otra parte, los factores

socio-ambientales, tales como la falta de apoyo social o familiar, la escasez de recursos económicos, el estigma social negativo y la falta de formación especializada por parte de los profesionales, también pueden obstaculizar o retrasar la búsqueda de ayuda terapéutica para las mujeres (Boughton y Brewster, 2002).

Estas dificultades con las que se encuentra la mujer ludópata pueden impedir que busque tratamiento y, en último término, limitan la posibilidad de recuperación de la adicción al juego. En respuesta a estas limitaciones, existe la necesidad de aumentar la visibilidad en cuestión de los problemas con el juego, especialmente en la mujer, así como de aumentar los servicios de tratamiento y de personal especializado en el área del juego patológico (Piquette-Tomei et al., 2007).

Por lo tanto, el tratamiento de los problemas con el juego ha de atender a las diferencias de sexo que se relacionan con la conducta de juego. Actualmente los programas de tratamiento de juego están diseñados fundamentalmente para los hombres (APA, 2007; Caplan y Cosgrove, 2004; Worell y Remer, 2003) y no se ajustan a las características específicas de las mujeres ludópatas (Tavares et al., 2001). La necesidad de establecer una relación empática, así como de adecuar la terapia a sus necesidades y problemas específicos, es fundamental para el éxito del tratamiento (Corral, 2007; Chevalier et al., 2002; Crisp et al., 2000).

Los principales retos de futuro en este ámbito son diseñar estrategias motivacionales para atraer a las mujeres al tratamiento, contar con instrumentos de detección temprana (de aplicación, por ejemplo, en el ámbito de los Centros de Atención Primaria, dada la presencia de muchos síntomas psicosomáticos en las mujeres

ludópatas) y desarrollar programas de tratamiento encaminados específicamente a los déficits de conducta experimentados por las jugadoras patológicas (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

En el tratamiento de las mujeres ludópatas sería conveniente prestar especial atención a su estado de ánimo y situación social puesto que los principales motivos para jugar en la mujer son el aburrimiento, la soledad y el aislamiento social. Habría que diseñar intervenciones que favorezcan un nuevo estilo de vida que les proporcione más refuerzos sociales, mayor autonomía económica, incorporación al mundo laboral y mayor cualificación profesional, de modo que todo ello les ayude a superar su aislamiento social (Llinares et al., 2006). Asimismo, y teniendo en cuenta las repercusiones más acentuadas en el caso de la mujer en el ámbito familiar y de pareja, el tratamiento debe incluir evaluación y asesoramiento sobre la violencia doméstica y pautas para la educación de los hijos, así como entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas (Ciarrocchi, 2002).

Por otra parte, los grupos de apoyo para la mujer ludópata representan un aspecto importante del tratamiento ya que a menudo las mujeres adictas al juego no disponen de apoyo familiar/social y experimentan aislamiento social (Boughton y Brewster, 2002; Currie, 2001).

Por último, una línea sugerente de investigación es poner a punto programas de intervención para las mujeres acompañantes de los ludópatas (parejas, hijas o madres), de modo que su labor para atraer al tratamiento a los pacientes directos o su actuación como coterapeutas sean lo más eficaces posible (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

3.6 CONCLUSIONES

Existen diferencias en función del sexo en el perfil clínico de los ludópatas. Las diferencias de la mujer respecto al hombre en el ámbito del juego patológico se manifiestan en diversos planos: los tipos de juego implicados, la motivación para jugar, la adquisición y el desarrollo del trastorno, el nivel de psicopatología asociada, las dimensiones de personalidad y las repercusiones de la ludopatía.

Concretamente, los hombres muestran una preferencia por las máquinas recreativas y tienden a jugar por la búsqueda de sensaciones y para ganar dinero. Las mujeres, sin embargo, se sienten más atraídas por los bingos y tienden a recurrir al juego para hacer frente a problemas personales y familiares, así como para afrontar un estado de ánimo ansioso-depresivo. En cuanto a la evolución del trastorno, la ludopatía en la mujer cursa de una forma más interna y menos visible, predominando los problemas psicosomáticos o de depresión, mientras que en el hombre son más habituales los problemas con la Justicia por robos, falsificaciones, préstamos, etc. Por otro lado, los hombres muestran abuso de alcohol y drogas, conductas antisociales y rasgos de impulsividad o de búsqueda de sensaciones. En las mujeres, sin embargo, predominan la multiimpulsividad, la depresión primaria o la sintomatología ansioso-depresiva. Por último, las mujeres ludópatas muestran una mayor resistencia inicial a la búsqueda de ayuda terapéutica, pero cuando lo hacen se implican más directamente que los hombres (tabla 9).

TABLA 9. PERFIL DIFERENCIAL DE LA LUDOPATÍA EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005, modificado)

	MUJERES	**HOMBRES**
VARIABLES DEMOGRÁFICAS		
Edad	45-55	40
Estado civil	Casadas	Solteros
Nivel educativo	Estudios primarios	Estudios secundarios
Situación laboral	Más paradas	Activo
Nivel socioeconómico	Más bajo	Medio
VARIABLES DE PERSONALIDAD	Introversión	Impulsividad Búsqueda de sensaciones
VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS	Depresión Problemas psicosomáticos Episodios bulímicos	Depresión secundaria Problemas con la justicia Conductas temerarias
VARIABLES DE JUEGO		
Preferencias de juego	Bingo Máquinas tragaperras Loterías Cupones	Máquinas tragaperras Casino Bingo
Motivación	Afrontamiento de problemas personales y del estado de ánimo disfórico	Búsqueda de sensaciones Ganancia de dinero
Evolución del trastorno	Inicio tardío Progresión más rápida	Inicio anterior Progresión más lenta
Factores de riesgo	Depresión primaria Sintomatología ansioso-depresiva Multiimpulsividad Víctima de abuso en la infancia	Abuso de alcohol y drogas Conductas antisociales

BÚSQUEDA DE AYUDA TERAPÉUTICA	En solitario Actitud de vergüenza	En compañía de su pareja Actitud altiva o arrogante

II. ESTUDIO EMPÍRICO

ESTUDIO EMPÍRICO:

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La parte empírica de esta tesis doctoral está estructurada en cuatro puntos. En primer lugar, se exponen los *objetivos* y las *hipótesis* de esta investigación. En segundo lugar, se describe el *método* utilizado en el estudio. Así, se detallan en este punto las características de los participantes, el tipo de diseño empleado, los instrumentos de evaluación administrados, así como el procedimiento y los análisis de datos que se han llevado a cabo. En tercer lugar, se presentan los *resultados* obtenidos en la investigación, que ponen de manifiesto las diferencias existentes entre una muestra de jugadores patológicos y un grupo de control normativo, así como el perfil psicopatológico diferencial entre los hombres y las mujeres ludópatas. Finalmente, se comentan las *conclusiones* obtenidas en esta investigación.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo general

El objetivo principal de esta investigación es analizar el perfil psicopatológico diferencial entre los hombres y las mujeres ludópatas en tratamiento.

1.1.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos de este estudio son los siguientes:

a) Comparar las características sociodemográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos con un grupo de control normativo.

b) Analizar las características sociodemográficas, de juego, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos en función del sexo.

c) Contrastar la tasa de abandono de la evaluación de los jugadores patológicos en tratamiento con otro tipo de pacientes con otras patologías no adictivas, con el fin de conocer la motivación para el tratamiento de los ludópatas.

1.2. HIPÓTESIS

Con arreglo al objetivo principal de esta investigación, se formula la siguiente hipótesis global:

"El perfil psicopatológico de las mujeres ludópatas será distinto al de los hombres ludópatas".

Con respecto a los objetivos específicos planteados, se establecen las siguientes hipótesis:

1. Habrá diferencias significativas entre los jugadores patológicos y el grupo de control con respecto a las variables *sociodemográficas*, de *personalidad* y *psicopatológicas*.

   1.1. Habrá diferencias significativas entre los jugadores patológicos y el grupo de control con respecto al nivel educativo, la situación laboral y el nivel socioeconómico.

   1.2. Los jugadores patológicos, en comparación con el grupo de control normativo, tendrán puntuaciones más altas en ansiedad-rasgo, búsqueda de sensaciones e impulsividad, así como un menor nivel de autoestima.

1.3. Los jugadores patológicos presentarán niveles más elevados de ansiedad y depresión, y estarán peor adaptados a la vida cotidiana que el grupo de control. Asimismo, entre los ludópatas habrá un mayor consumo de alcohol y de otras drogas.

2. Las diferencias de la mujer respecto al hombre en el ámbito del juego patológico se manifestarán en diversos planos: las *características sociodemográficas*, *los tipos de juego* implicados, *la motivación para jugar*, *la adquisición y el desarrollo del trastorno*, el *tipo de psicopatología asociada* y las *repercusiones psicológicas* experimentadas.

2.1. Las mujeres ludópatas presentarán una edad media por encima de los hombres, y el estado civil predominante será el de casadas; por el contrario, los hombres tendrán una mayor probabilidad de estar solteros.

2.2. Los hombres ludópatas mostrarán una preferencia por las máquinas recreativas, mientras que las mujeres se sentirán más atraídas por los bingos.

2.3. Los hombres tenderán a jugar motivados por la búsqueda de sensaciones y para ganar dinero. Las mujeres, por el contrario, recurrirán al juego para hacer frente a problemas personales (soledad, aburrimiento) y familiares (mala relación de pareja), así como para afrontar un estado de ánimo ansioso-depresivo.

2.4. La edad de inicio en el juego, así como la edad de comienzo del trastorno, será más tardía en las mujeres que en los hombres.

2.5. En los hombres el juego estará asociado a rasgos de impulsividad y a abuso de alcohol y drogas. En las mujeres, sin embargo, el juego patológico estará ligado a una sintomatología ansioso-depresiva.

3. La tasa de abandonos de la evaluación será más alta entre los jugadores patológicos que entre otro tipo de pacientes con otras patologías no adictivas, lo que conlleva una motivación para el tratamiento más baja entre los ludópatas.

ESTUDIO EMPÍRICO:

MÉTODO

2. MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES

La muestra de esta investigación está constituida por 206 sujetos, distribuidos en dos grupos:

1. Una muestra clínica de 103 jugadores patológicos (51 mujeres y 52 hombres), seleccionada según los siguientes criterios de inclusión:

   a) Cumplir los criterios del DSM-IV-TR para el juego patológico.
   b) Tener una edad comprendida entre 18 y 70 años.
   c) No estar aquejados de trastornos psicóticos, retraso mental o demencia.

2. Un grupo de control normativo compuesto por 103 sujetos (51 mujeres y 52 hombres) extraído de la población normal, y apareado con la muestra clínica en función de las variables de *sexo* y *rangos de edad.*

Las características sociodemográficas de la muestra aparecen descritas en la tabla 1.

TABLA 1: Características sociodemográficas de la muestra

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL	
	X	**DT**	**X**	**DT**
Edad media	43,09	13,308	43,40	14,052
	N	**%**	**N**	**%**
Sexo				
Hombre	52	50,5	52	50,5
Mujer	51	50,5	51	50,5
Estado civil				
Casado	44	42,7	52	51,5
Soltero	35	34,0	35	34,7
Divorciado	15	14,6	9	8,9
Viudo	9	8,7	5	5,0
Nivel educativo				
Sin estudios	5	4,9	2	1,9
Primarios	57	55,9	17	16,5
Secundarios	30	29,4	47	45,6
Universitarios	10	9,8	37	35,9
Situación laboral				
Activo	52	52,0	65	63,1
Paro	32	32,0	29	28,2
Jubilado	4	4,0	6	5,8
Baja prolongada	12	12,0	3	2,9
Nivel socioeconómico				
Bajo	13	12,7	3	2,9
Medio-bajo	16	15,7	16	15,5
Medio	62	60,8	70	68,0
Medio-alto	8	7,8	13	12,6
Alto	3	2,9	1	1,0

La muestra de jugadores patológicos proviene de varios centros de tratamiento de ludopatía de distintas localidades españolas. Aunque la mayor parte de la muestra estudiada (75 sujetos) pertenece a pacientes en tratamiento de la Asociación de Ayuda a Ludópatas EKINTZA-DASALUD (Rentería, Guipúzcoa), han colaborado en la obtención de la muestra de mujeres ludópatas los siguientes centros:

- Asociación Ekintza Aluviz (Baracaldo, Vizcaya)
- Asociación Asajer (Vitoria)
- Servicio de Alcoholismo y Ludopatía de Osakidetza (Vitoria)
- Asociación Aralar (Pamplona)
- Hospital Santa Caterina. Unidad de Ludopatía (Girona)
- Unitat de Joc Patológic. Divisió de Salut Mental. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa (Barcelona)
- Servicio de Psiquiatría del Hospital de Tarrasa (Barcelona)
- Consulta privada (Tarragona)
- Asociación Azajer (Zaragoza)

Por otra parte, con el objetivo de analizar la tasa de abandono de la evaluación de los jugadores patológicos, se seleccionó una muestra de 587 sujetos, dividida en dos grupos:

1. La muestra clínica de jugadores, que, al no tener datos de 4 sujetos, quedó finalmente compuesta en el estudio de esta variable por 99 sujetos (49 hombres y 50 mujeres).

2. Un grupo clínico de control formado por 488 pacientes con patologías diversas no adictivas (185 hombres y 303 mujeres), atendidos en el Centro de Salud Mental Gasteiz-Centro/Este durante el año 2008, seleccionados según los siguientes criterios de inclusión:

a) Presentar patologías sin adicciones según criterios del DSM-IV-TR.
b) Tener una edad comprendida entre 18 y 70 años.
c) No estar aquejados de trastornos psicóticos, retraso mental o demencia.

2.2 DISEÑO

Esta investigación consiste en un estudio multicéntrico y presenta un diseño transversal no-experimental. De acuerdo a la dimensión temporal y finalidad del estudio, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, con objeto de analizar el perfil psicopatológico diferencial entre los hombres y las mujeres ludópatas en tratamiento.

2.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

2.3.1 Instrumentos de evaluación para el juego patológico

a) Entrevista Estructurada de la Historia de Juego

Autores:	Echeburúa, E y Báez, C.
Referencia:	Echeburúa, E y Báez, C. (1994). Concepto y Evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento* (pp.521-556). Madrid: Pirámide.
Evalúa:	datos sobre el juego patológico
Nº de ítems:	10
Administración:	Heteroaplicada

La Entrevista Estructurada de la Historia de Juego consta de 10 ítems, que recogen datos sobre los hábitos de juego de los padres, el inicio y el agravamiento de la conducta de juego en el paciente (incluyendo altibajos y períodos de abstinencia) y otros aspectos de la

vida cotidiana (familia, pareja, trabajo, estudios, relaciones sociales, ocio, etc.), que son muy útiles en la evaluación y control del problema específico de cada sujeto. Resulta un instrumento muy efectivo para establecer empatía con el paciente y explorar las variables que han incidido en cada caso en el desarrollo y mantenimiento del juego problemático.

b) Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)

Autores: Lesieur, H.R y Blume, S.B

Referencia: 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.

Versión española: Echeburúa *et al*., 1994.

Evalúa: la dependencia al juego

Nº de ítems: 20

Administración: Heteroaplicada

- **Descripción**

El SOGS es un cuestionario de 20 ítems, elaborado con arreglo a los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Constituye, sin duda, el instrumento más fiable y válido de que se dispone para diagnosticar el juego patológico, así como el más utilizado en diferentes contextos y culturas.

- **Corrección e interpretación**

Las puntuaciones de este cuestionario están determinadas por el número de preguntas que revelan una respuesta de "riesgo". En la versión española (Echeburúa *et al.*, 1994), una puntuación igual o superior a 4 indica la presencia de juego patológico.

Los puntos de corte propuestos son los siguientes:

- 0= sin problemas
- 3-4= problemas leves con el juego
- 5 o más= probable jugador patológico

TABLA 2: Criterios de puntuación del SOGS

* NO SE VALORAN LAS PREGUNTAS 1, 2 Y 3.
* PREGUNTA 4: LA MAYORÍA DE LAS VECES QUE PIERDO O SIEMPRE QUE PIERDO
* PREGUNTA 5: SÍ, PERO MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES QUE HE PERDIDO O LA MAYORÍA DE LAS VECES
* PREGUNTA 6: AHORA NO, PERO EN EL PASADO SÍ O AHORA SÍ
* PREGUNTA 7: SÍ
* PREGUNTA 8: SÍ
* PREGUNTA 9: SÍ
* PREGUNTA 10: SÍ
* PREGUNTA 11: SÍ
* PREGUNTA 12: NO SE VALORA
* PREGUNTA 13: SÍ
* PREGUNTA 14: SÍ
* PREGUNTA 15: SÍ
* PREGUNTA 16A: SÍ
* PREGUNTA 16B: SÍ
* PREGUNTA 16C: SÍ

* PREGUNTA 16D: SÍ * PREGUNTA 16E: SÍ * PREGUNTA 16F: SÍ * PREGUNTA 16G: SÍ * PREGUNTA 16H: SÍ * PREGUNTA 16I: NO SE VALORA TOTAL= (SOBRE UN MÁXIMO DE 19 PUNTOS)

- **Propiedades psicométricas**

El SOGS presenta unas buenas propiedades psicométricas (tabla 3).

TABLA 3: Propiedades psicométricas del SOGS (Echeburúa *et al.*, 1994)

Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)	
Fiabilidad	
Fiabilidad test-retest	r= 0,98
Consistencia interna	alfa=0,94
Validez	
Validez convergente	r=0,92
Validez discriminante	t=53,3
Eficacia diagnóstica	
Sensibilidad	100%
Especificidad	98%
Eficacia diagnóstica	98,3%

- **Referencias complementarias**

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*, 769-791.

c) Inventario de Pensamientos sobre el Juego

Autores: Echeburúa, E y Báez, C

Referencia: Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y Tratamiento* (pp. 521-556). Madrid: Pirámide.

Evalúa: Pensamientos irracionales relacionados con el juego.

Nº de ítems: 27

Administración: Heteroaplicada

- **Descripción**

Consiste en un listado de 27 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del jugador patológico. Consta de tres subescalas. La primera subescala –compuesta por 15 ítems, y con un rango que oscila de 0 a 15- evalúa los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con la conducta de juego. La segunda –compuesta por 6 ítems, y con un rango que oscila de 0 a 6- detecta los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con su percepción del problema de juego. Por último, la tercera subescala –compuesta también por 6 ítems, y con un rango de 0 a 6- proporciona información adicional sobre el estilo atribucional y el locus de control del jugador respecto a su problema y a la posibilidad de superarlo. El rango total del instrumento es de 0 a 21.

Este inventario ha mostrado tener una alta capacidad para detectar los sesgos cognitivos que presentan los jugadores. Se trata, pues, de un instrumento útil para evaluar los principales sesgos cognitivos que caracterizan a los ludópatas (Fernández-Montalvo *et al.*, 1996).

- **Corrección e interpretación**

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa, 0 puntos. Proporciona una puntuación total, que se obtiene sumando las puntuaciones de la subescala A y B y una puntuación de cada una de las dos primeras subescalas:

- Puntuación en la *subescala "A"*: Un punto por cada respuesta afirmativa (rango 0-15).
- Puntuación en la *subescala "B"*: Un punto por cada respuesta afirmativa en los ítems 2, 3, 5 y 6. Un punto por cada respuesta negativa en los ítems 1 y 4 (rango 0-6).
- *Puntuación total* de la escala: Se suman las puntuaciones de la subescala "A" y de la subescala "B".
- *Subescala "C":* Un punto por cada respuesta afirmativa. Esta subescala proporciona una información cualitativa adicional, pero no contribuye a la puntuación total del inventario.

- **Referencias complementarias**

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.

2.3.2 Instrumentos de evaluación para las dimensiones de la personalidad

a) Escala de Búsqueda de Sensaciones (Sensation-Seeking Scale) (SSS-V)

Autores: Zuckerman, M., Eysenck, S.B.G y Eysenck, H.J.

Referencia: Zuckerman, M., Eysenck, S.B.G y Eysenck, H.J. (1978). Sensation-seeking in England and America: Cross-cultural, age and sex comparisions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 139-149.

Versión española: Pérez, J. y Torrubia, R. (1986).

Evalúa: Búsqueda de sensaciones

Nº de ítems: 40

Administración: Autoaplicada

- **Descripción**

Es una escala diseñada para evaluar el grado de presencia del rasgo referido a la *búsqueda de sensaciones*. Este rasgo se entiende como la necesidad de sensaciones y de experiencias nuevas, variadas y complejas, así como el deseo de ponerse en riesgo con el fin de obtenerlas. La escala está compuesta por 40 ítems, a los que el sujeto ha de contestar afirmativa o negativamente (sí o no). El instrumento consta de 4 subescalas de 10 ítems cada una:

- *Búsqueda de emociones* (BEM): deseo de participar en actividades que requieran rapidez y peligro.
- *Búsqueda de excitación* (BEX): búsqueda de nuevas experiencias a través de sensaciones y estilos de vida poco convencionales.
- *Desinhibición* (DES): deseo de liberarse a través de la desinhibición social, la bebida y las fiestas.

- *Susceptibilidad hacia el aburrimiento* (SAB): disgusto con la repetición de experiencias, la rutina del trabajo e inquietud cuando las cosas resultan monótonas.

➢ Corrección e interpretación

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto y cada respuesta negativa, 0 puntos. La escala proporciona una puntuación total, que se obtiene sumando las respuestas dadas a todos los ítems, y una puntuación parcial de cada una de las cuatro subescalas incluidas:

- BEM: sumar las puntuaciones de los ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33 y 37.
- BEX: sumar las puntuaciones de los ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 38.
- DES: sumar las puntuaciones de los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35 y 39.
- SAB: sumar las puntuaciones de los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36 y 40.

No existen puntos de corte propuestos. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la presencia del rasgo. Las medias y desviaciones típicas obtenidas por la población normativa española (Pérez y Torrubia, 1986) son las siguientes:

	BEM	**BEX**	**DES**	**SAB**	**Total**
Varones (n = 173)	6,8 (2,6)	5,7 (2,1)	5,1 (2,5)	3,6 (2,2)	21,3 (6,4)
Mujeres (n = 176)	6,1 (2,4)	5,4 (1,9)	3,0 (1,9)	3,0 (1,9)	17,7 (5,3)

- **Propiedades psicométricas**

La versión española llevada a cabo por Pérez y Torrubia (1986) presenta una fiabilidad test-retest de 0,88 en el caso de los hombres y de 0,87 en el caso de las mujeres. El coeficiente de fiabilidad alfa es de 0,82 y 0,77 en hombres y mujeres respectivamente.

- **Referencias complementarias**

Pérez, J. y Torrubia, R. (1986). Fiabilidad y validez de la versión española de la escala de búsqueda de sensaciones (forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología, 18*, 7-22.

b) Escala de Impulsividad (Impulsiveness Scale) (BIS-10)

Autor: Barratt, E.S.

Referencia: Barratt, E.S. (1994). Impulsiveness and agression. En J. Monahan y H.J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Development in risk assessment (*pp. 61-79). Chicago: The University of Chicago Press.

Versión española: Oquendo *et al.,* 2001.

Evalúa: Impulsividad.

Nº de ítems: 33

Administración: Autoaplicada

- **Descripción**

La BIS-10 es un instrumento diseñado para evaluar impulsividad. Consta de 33 ítems, que puntúan de 0 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala oscila de 0 a 132. Está compuesto por 3 subescalas de impulsividad:

- Cognitiva (ítems: 3, 6, 17, 23, 26, 29, 9, 12, 14, 20, 32).
- Motora (ítems: 2, 5, 11, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 8).

- Impulsividad no planeada (ítems: 4, 15, 24, 27, 30, 1, 7, 10, 18, 21, 33).

➢ **Corrección e interpretación**

Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta que se puntúan con los valores de 0, 1, 2, 3 y 4. Los siguientes ítems tienen una puntuación inversa (es decir, 4, 3, 2, 1 y 0): 1, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 18, 20, 21, 32, 33).

La puntuación en cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en todos los ítems. No existe punto de corte propuesto. En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución.

➢ **Referencias complementarias**

Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. y Mann, J.J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry, 15*, 147-155.

c) *Inventario de Ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory) (STAI)*

La descripción detallada de este instrumento puede encontrarse en el apartado 2.3.3: "Instrumentos de evaluación para la psicopatología general".

d) Escala de Autoestima (Self-Esteem Scale)

Autores: Rosenberg, A.

Referencia: Rosenberg, A. (1965). *Society and adolescent self-image*. New Jersey: Princeton.

Versión española: Echeburúa y Corral, 1998.

Evalúa: Autoestima

N. º de ítems: 10

Administración: Autoaplicada

- **Descripción**

Se trata de una escala breve, cuyos 10 ítems aluden a sentimientos globales de autovaloración. Está destinada a la medición de la autoestima general, independientemente de ámbitos o contextos específicos. Consta de 10 ítems, 5 formulados en forma positiva y 5 en forma negativa para el control de la aquiescencia. Los ítems están planteados en forma de una escala de tipo Likert que oscila de 1 (muy de acuerdo) a 4 (en completo desacuerdo). Según Rosenberg, esta escala se guía por 4 criterios: facilidad de administración, economía de tiempo, unidimensionalidad y validez aparente.

- **Corrección e interpretación**

La puntuación total oscila entre 10 y 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La puntuación total se obtiene sumando la puntuación directa de los ítems 2-5-8-9-10 y la puntuación invertida de los ítems con asterisco 1-3-4-6-7. El punto de corte en una población de adultos es de 29 (Ward, 1977).

En general, las personas tienden a situarse en un nivel medio-alto, con poca discriminación. No suele haber cambios en el tratamiento, pese a que los pacientes hayan mejorado en autoestima.

- **Fiabilidad y validez**

Según Silber y Tippet (1965), la *fiabilidad test-retest* es de 0,85 con estudiantes universitarios en un período de 2 semanas. La *consistencia interna* de la escala se sitúa entre 0,74 y 0,77 (McCarthy y Hoge, 1982). La *validez convergente* y *discriminante* es asimismo satisfactoria: 0,67 con el y "Kelly Repertory Test", 0,83 con el "Health Self-Image Questionnaire" y 0,56 con las evaluaciones de autoestima del entrevistador.

- **Referencias complementarias**

Echeburúa, E y Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar* (pp.46-48), Madrid: Siglo XXI.

2.3.3 Instrumentos de evaluación para la psicopatología general

a) Inventario de Ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory) (STAI)

Autores: Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E

Referencia: Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory.* Palo Alto: Consulting Psychological Press.

Versión española: TEA, 1982.

Evalúa: Dos conceptos de ansiedad: estado y rasgo.

N º de ítems: 40 (20 de ansiedad-estado y 20 de ansiedad-rasgo)

Administración: Autoaplicada.

- **Descripción**

El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como *estado* (condición emocional transitoria) y la ansiedad como *rasgo* (propensión ansiosa relativamente estable). El marco de referencia temporal es, en el caso de la ansiedad como estado, «ahora mismo, en este momento»; y en la ansiedad como rasgo, «en general, en la mayoría de las ocasiones». Esta prueba consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos), que se valoran según una escala de tipo Likert de 0 a 3. El rango de cada escala es de 0 a 60.

- **Corrección e interpretación**

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 20 ítems correspondientes.

La puntuación en los ítems de *estado* oscila entre 0 y 3 (0, nada; 1, algo; 2, bastante; 3, mucho). En algunos de los ítems es necesario invertir la puntuación asignada (3, nada; 2, algo; 1, bastante; 0, mucho); esos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. La puntuación en los ítems de *rasgo* también oscila entre 0 y 3 (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre). En los ítems 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39 es necesario invertir la puntuación asignada (3, casi nunca; 2, a veces; 1, a menudo; 0, casi siempre). La puntuación *total* en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos.

No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. En la siguiente tabla se detallan las puntuaciones correspondientes a los centiles 50, 75, 85 y 99.

	Centil 50		***Centil 75***		***Centil 85***		***Centil 99***	
	AE	***AR***	***AE***	***AR***	***AE***	***AR***	***AE***	***AR***
Puntuación directa en hombres								
Adolescentes	20	20	31	26	36	30	47-60	46-60
Adultos	19	19	28	25	33	29	47-60	46-60
Puntuación directa en mujeres								
Adolescentes	22	22	31	29	36	33	53-60	49-60
Adultas	21	24	31	32	37	37	54-60	49-60

- **Propiedades psicométricas**

La *fiabilidad test-retest* es de 0,81 en la ansiedad-rasgo, y de 0,40 en ansiedad-estado. La *consistencia interna* oscila entre 0,83 y 0,92.

- **Referencias complementarias**

TEA (1982). *Manual para el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*, Madrid: TEA Ediciones.

b) Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) (BDI-II)

Autores: Beck, A.T., Steer, R.A y Brown, G.K.

Referencia: Beck, A.T., Steer, R.A y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Versión española: Sanz *et al*., 2003.

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo

Nº de ítems: 21

Administración: Autoaplicada

- **Descripción**

El BDI consta de 21 ítems, con respuestas graduadas de 0 a 3 (rango 0-63), que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a los síntomas es la ausencia parcial de síntomas motores y de ansiedad. Cada nivel de respuesta está definido por una frase que permite al paciente identificar su propio caso.

Los cambios introducidos en la versión BDI-II son los siguientes:

- Los síntomas están referidos a las dos últimas semanas.
- Se han reformulado e introducido nuevos ítems (agitación, sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía).
- Se han modificado los ítems de pérdida de peso e insomnio para atender tanto a los déficits como a los excesos.

- **Corrección e interpretación**

Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems. El punto de corte más utilizado para discriminar ente población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Beck y Steer, 1998). Las puntuaciones por encima de 19 reflejan depresión clínica; por encima de 24, necesidad de tratamiento.

Los puntos de corte para el BDI-II son los siguientes:

- 0-9: Depresión ausente
- 10-18: Depresión leve
- 19-29: Depresión moderada
- 30-63: Depresión grave

- **Propiedades psicométricas**

El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93, con un alfa de Cronbach de 0,82. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,75.

- **Referencias complementarias**

Sanz Fernández, J., Vázquez, C. y Navarro, M. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, *29,* 239-288.

c) Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT) (Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol)

Autores: Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De la Fuente, J.R. y Grant, M.T.I.

Referencia: Saunders, J.B. *et al*. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction, 88,* 791-804.

Versión española: Rubio *et al.*, 1998.

Evalúa: Detección de bebedores de riesgo

Nº de ítems: 10

Administración: Autoaplicada

- **Descripción**

El cuestionario AUDIT está diseñado para identificar personas con consumo peligroso de alcohol antes de que presenten una dependencia física o de que se hayan planteado los problemas crónicos físicos y psicosociales. Este cuestionario consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo. El contenido de las preguntas está referido a la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, a la conducta de bebida y a las reacciones o problemas relacionados con el alcohol:

- Los 3 primeros ítems evalúan la ingesta de alcohol.
- Los ítems 4-6 están referidos a la dependencia del alcohol (dificultades en controlar la bebida, abandono de aficiones y síntomas de abstinencia).
- Los ítems 7 y 8 aluden a las reacciones negativas de la bebida, mientras que los ítems 9 y 10 se relacionan con problemas derivados del consumo de alcohol.

- **Corrección e interpretación**

Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems.

En cada ítem el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4, excepto en los ítems 9 y 10, en los que los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4. El valor de la puntuación total oscila entre 0 y 40. Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres que se proporcionan en la siguiente tabla:

TABLA 4: Puntos de corte propuestos para el AUDIT

	Hombres	*Mujeres*
Sin problemas relacionados con el alcohol	0-7	0-5
Bebedor de riesgo	8-12	6-12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

- **Referencias complementarias**

Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M.C. y Santo Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española, 198,* 11-14.

d) Escala de Inadaptación (EI)

Autores: Echeburúa, E y Corral, P.

Evalúa: Inadaptación a la vida cotidiana

Referencia: Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26,* 325-340.

Nº de ítems: 30

Administración: Autoaplicada.

- **Descripción**

La Escala de Inadaptación refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. Se ha demostrado que existe una estrecha

relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas.

- **Corrección e interpretación**

Se suma la puntuación obtenida en cada escala. El rango de la escala total es de 0 a 30. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En general, una puntuación igual o superior a 2 en cada ítem denota inadaptación. El punto de corte de la escala total, es por tanto, 12.

- **Propiedades psicométricas**

El coeficiente alfa de Cronbach en la muestra total de sujetos (clínicos y normativos) (*N*=322) es de 0,94. Si se parcela la muestra, el alfa de la muestra clínica es de 0,83 y el de la muestra normativa de 0,56. Con un punto de corte de 12, la sensibilidad y la especificidad son del 86% y del 100%, respectivamente. De este modo, la eficacia diagnóstica sería del 90%.

- **Referencias complementarias**

Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26,* 325-340.

2.4 PROCEDIMIENTO

En esta investigación se ha estudiado a una muestra de jugadores patológicos en tratamiento, compuesta por 103 sujetos (51 mujeres y 52 hombres). Los pacientes fueron incluidos en el estudio después de dar el consentimiento informado para participar.

La búsqueda y selección de la muestra se ha llevado a cabo entre septiembre de 2005 y julio de 2009. En una primera fase del estudio, para la obtención de la muestra, se contó con la colaboración de la Asociación de Ayuda a Ludópatas EKINTZA-DASALUD (Rentería, Guipúzcoa), con la que el equipo investigador tiene establecido un convenio de colaboración y donde se han llevado a cabo todos los estudios previos de este mismo equipo. De hecho, la mayor parte de la muestra, esto es, el total de los hombres y 23 de las mujeres (el 45%) pertenecen a pacientes en tratamiento de la Asociación EKINTZA-DASALUD.

Posteriormente, debido a la dificultad encontrada para disponer de la submuestra de mujeres -ya que las mujeres ludópatas acuden en menor medida que los hombres a tratamiento-, se desarrollaron estrategias motivacionales para atraer a las mujeres a los centros clínicos. Algunas de las tareas llevadas a cabo con objeto de ampliar la muestra y de poder acceder a nuevos casos por medio de otras vías fue elaborar folletos informativos con los datos de la Asociación Ekintza para dar a conocer a las mujeres ludópatas la posibilidad de acudir a tratamiento. Se procedió a ubicar dicha información en aquellos lugares que consideramos que podían ser de fácil acceso para las mujeres (peluquerías, tiendas, supermercados, etc.). Asimismo otra de las tareas realizadas para alcanzar la muestra de mujeres propuesta fue acudir a los lugares de juego frecuentados por

mujeres (bingos), proporcionándoles así, de manera directa, la posibilidad de acudir a tratamiento.

Por otra parte, contamos con la implicación de los recursos sociales existentes (Centros de la Mujer, Servicios Sociales, Asociaciones, Centros de Atención Primaria, Instituto Vasco de la Mujer, etc.) en la detección y en la derivación de los casos de ludopatía.

Además, colaboraron en la selección y recogida de casos de mujeres varios centros de tratamiento de ludopatía, tanto del País Vasco como de otras localidades españolas. Los centros que han participado en el estudio, así como el número de pacientes aportado por los mismos (el 55% de la muestra de mujeres), figuran en la tabla 5.

TABLA 5. Nº de mujeres ludópatas pertenecientes a cada centro de tratamiento

CENTROS	Nº DE CASOS
• **Asociación EKINTZA-DASALUD** (Rentería, Guipúzcoa)	23
• Asociación Ekintza Aluviz (Baracaldo, Vizcaya)	6
• Asociación Asajer (Vitoria)	2
• Servicio de Alcoholismo y Ludopatía de Osakidetza (Vitoria)	2
• Hospital Santa Caterina. Unidad de Ludopatía (Girona)	6
• Unitat de Joc Patológic. Divisió de Salut Mental. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa (Barcelona)	2
• Servicio de Psiquiatría del Hospital de Tarrasa (Barcelona)	5
• Consulta privada (Tarragona)	1
• Asociación Aralar (Pamplona)	1
• Asociación Azajer (Zaragoza)	3

Los pacientes fueron evaluados en los diferentes centros tras la primera entrevista de acogida y antes de iniciar el tratamiento. Una vez seleccionados, se les explicó los objetivos del estudio y el sistema de evaluación, tras lo cual dieron el consentimiento informado para participar.

Se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación, de una hora de duración aproximadamente, con cada paciente, con un intervalo de una semana entre cada una de ellas. En la primera sesión se recogieron los datos sociodemográficos y las características de la conducta de juego. En la segunda sesión los pacientes cumplimentaron de forma autoaplicada los autoinformes que evalúan las variables psicopatológicas y de personalidad. El protocolo de evaluación administrado, así como el formato de aplicación de las pruebas, figura en la tabla 6.

TABLA 6. Protocolo de evaluación del juego patológico

SESIÓN	VARIABLES	INTRUMENTO DE EVALUACIÓN	ADMINISTRACIÓN
1ª sesión	Variables sociodemográficas	• Hoja de datos personales	heteroaplicada
	Variables de juego	• Hoja de datos de juego	
		• Entrevista estructurada de la Historia de Juego	
		• Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)	
		• Inventario de Pensamientos sobre el Juego	
2ª sesión	Variables de personalidad	• Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS-V)	autoaplicada
		• Escala de Impulsividad (BIS)	
		• Escala de Autoestima	
	Variables psicopatológicas	• Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAI)	
		• Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	
		• Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT)	
		• Escala de Inadaptación	

Por otra parte, con el fin de comparar las características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos con la población general, se seleccionó un grupo de control normativo compuesto por 103 sujetos (51 mujeres y 52 hombres) extraído de la población normal y apareado con la muestra clínica en función de las variables *sexo* y *rangos de edad.* Todas las personas fueron informadas sobre los objetivos del estudio y dieron su consentimiento para participar.

El protocolo de evaluación para el grupo de control fue administrado de forma autoaplicada por parte de los sujetos. Las variables evaluadas, así como los instrumentos de evaluación aplicados, se muestran en la tabla 6.

TABLA 6. Protocolo de evaluación del grupo de control

VARIABLES	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
Variables sociodemográficas	• Hoja de datos personales
Variables de personalidad	• Escala de Búsqueda de Sensaciones (EBS-V)
	• Escala de Impulsividad (BIS)
	• Escala de Autoestima
Variables psicopatológicas	• Inventario de Ansiedad-Estado-Rasgo (STAI)
	• Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
	• Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT)
	• Escala de Inadaptación

Por último, con objeto de analizar la tasa de abandono de la evaluación de los jugadores patológicos, se seleccionó una muestra de 488 pacientes con patologías diversas no adictivas (185 hombres y 303 mujeres), atendidos en el Centro de Salud Mental Gasteiz-Centro/Este de Vitoria, durante el año 2008, que cumplían los criterios de inclusión para el estudio. El Servicio de Salud Mental

Extrahospitalaria de Álava nos proporcionó los datos necesarios para analizar esta variable.

2.5 ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis estadísticos de este estudio se han realizado mediante el programa estadístico SPSS 16.0 para Windows.

En primer lugar, la relación entre el sexo y las variables sociodemográficas, de juego y clínicas (de personalidad y psicopatológicas) ha sido analizada empleando 2 tipos de análisis estadísticos -chi-cuadrado y pruebas de comparación de medias para muestras independientes (t-de Student/U de Mann-Whitney)- en función de las variables estudiadas. Al mismo tiempo, se calculó la medida del tamaño de la diferencia (*d* de Cohen), con objeto de analizar la magnitud de la relación o la diferencia entre las variables.

Y en segundo lugar, la significación e independencia de las variables significativas fueron puestas a prueba con modelos de regresión logística.

Con respecto a las pruebas de comparación de medias, después de comprobar los criterios de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff y el supuesto de homogeneidad de varianzas (homocedasticidad) mediante el test de Levene, se ha procedido a utilizar pruebas paramétricas (t-Student) en las variables que cumplen los criterios de normalidad y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) en aquellas variables que no cumplen dichos criterios.

El análisis de regresión logística fue llevado a cabo después de hacer un análisis bivariante, esto es, tras analizar las relaciones de la variable dependiente con cada una de las variables independientes,

tomadas una a una. Debido al elevado número de variables analizadas, se ha procedido a desestimar la variables que presentaban un valor de *p* superior a 0,05 (p >0,05). De este modo, en el análisis de regresión se incluyeron las variables independientes cuyo valor de *p* fue inferior a 0,05 (p<0,05) en los análisis bivariados.

Por tanto, los resultados obtenidos en la investigación se presentan desde las siguientes perspectivas:

a) El análisis chi-cuadrado se ha empleado con objeto de analizar las variables desde una perspectiva cualitativa o categorial. Todas las variables sociodemográficas (*rangos de edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, nivel socioeconómico y antecedentes familiares*) han sido analizadas mediante chi-cuadrado. Asimismo las variables psicopatológicas (*historia psiquiátrica anterior, y abuso de alcohol y drogas*), las variables de juego (*tipos de juegos, motivación para jugar, deuda, antecedentes familiares de juego y de alcohol*) y las variables relacionadas con las repercusiones psicológicas (*violencia de pareja y culpa)* han sido analizadas con chi-cuadrado. Por último, para comparar la tasa de abandono de la evaluación de los jugadores patológicos y de otro tipo de pacientes sin patologías adictivas también se ha empleado este tipo de análisis.

b) Desde una perspectiva dimensional o cuantitativa, se ha utilizado el análisis de comparación de medias para analizar las medidas relacionadas con el juego patológico (*curso del trastorno, distorsiones cognitivas, dependencia al juego*) y las variables de personalidad y psicopatológicas, así como las repercusiones psicológicas en el ámbito familiar y de pareja.

c) Se calculó el tamaño del efecto (*d* de Cohen), para estimar la magnitud de la relación o la diferencia entre las variables.

d) El modelo de regresión logística fue llevado a cabo con objeto de analizar la relación entre distintos grupos de factores (variables independientes) y la variable dependiente. Es decir, el análisis de regresión logística tiene por objetivo determinar cuáles son las variables que influyen en la variable dependiente. Este tipo de análisis fue utilizado para analizar la relación entre las diferentes variables asociadas a la ludopatía, esto es, -las variables sociodemográficas, de juego, de personalidad y psicopatológicas- en función del sexo. La variable "sexo" se utilizó como variable dependiente tomando el valor de "1" para las mujeres y el de "0" para los hombres. Los coeficientes negativos indican la tendencia a asociarse al sexo masculino (respuesta valor 0) y los coeficientes positivos indican la tendencia a asociarse al sexo femenino (respuesta valor 1). Asimismo, el modelo de regresión logística se empleó para analizar las variables asociadas a la violencia de pareja. En este caso, los coeficientes negativos reflejan que no existe probabilidad de sufrir violencia de pareja (respuesta valor 0), mientras que los coeficientes positivos muestran el riesgo de sufrir violencia de pareja (respuesta valor 1).

ESTUDIO EMPÍRICO:

RESULTADOS

3. RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se dividen en tres bloques:

3.1 Comparación entre una muestra de jugadores patológicos y un grupo de control normativo.
3.2 Perfil psicopatológico diferencial de los hombres y las mujeres ludópatas.
3.3 Tasa de abandono de la evaluación en jugadores patológicos y en pacientes con otras patologías sin adicciones.

3.1 COMPARACIÓN ENTRE UNA MUESTRA DE JUGADORES PATOLÓGICOS Y UN GRUPO DE CONTROL NORMATIVO

En este apartado se describen los resultados obtenidos en relación con las características sociodemográficas y psicológicas (variables de personalidad y psicopatológicas) de la muestra de jugadores patológicos en tratamiento, así como de las personas del grupo de control normativo. Asimismo se señalan los aspectos diferenciales existentes entre ambos grupos en dichas variables.

3.1.1 Variables demográficas

A continuación, se presentan las características sociodemográficas de los jugadores patológicos y del grupo de control normativo. Con el fin de hacer una descripción pormenorizada de las variables objeto de estudio, se exponen, en esta sección, los datos desde una perspectiva categorial y dimensional. El análisis de las diferencias existentes entre los dos grupos en las características sociodemográficas figura en las tablas 1-20.

a) Sexo

La muestra del grupo de control normativo ha sido seleccionada para ser comparada con el grupo clínico en función del sexo, por lo que no resulta oportuno llevar a cabo un análisis de comparación de medias entre ambos grupos. Los dos grupos, por tanto, son equivalentes, esto es, ambos están compuestos por 52 hombres y 51 mujeres (tabla 1).

TABLA 1: Distribución de la muestra de ludópatas y de la muestra del grupo de control

LUDÓPATAS						GRUPO DE CONTROL					
N		HOMBRES		MUJERES		N		HOMBRES		MUJERES	
N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
103	100	52	50,5	51	50,5	103	100	52	50,5	51	50,5

b) Edad

Los resultados que se presentan en las tablas 2, 3 y 4 muestran que no existen diferencias significativas en la variable *edad* entre los dos grupos.

b.1. Comparación intergrupal en función de la edad

Tanto los jugadores patológicos como los sujetos del grupo de control presentan una edad media de 43 años: (ludópatas: X=43,09; DT=13,308; grupo de control: X=43,40; DT=14,052) (tabla 2).

TABLA 2: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función de la edad

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		z
Edad	X	DT	X	DT	-0,063
	43,09	13,308	43,40	14,052	

b.2. Comparación intergrupal en función de la edad y el sexo

Como se puede observar en las tablas 3 y 4, si comparamos la edad de los ludópatas con la edad de los sujetos de la población normal en función del sexo, tampoco existen diferencias significativas entre ambos grupos. Tanto las mujeres ludópatas como las mujeres del grupo de control presentan una edad media de 47 años (X=47,53; DT=13,08 en las jugadoras) (X=47,71; DT=13,38 en el grupo de control). Aunque la edad de los hombres es inferior a la de las mujeres, tampoco existen diferencias significativas entre el grupo de ludópatas y los sujetos del grupo de control, situándose en una edad media de 38 (DT=12,135) y 39 (DT=13,511) años respectivamente.

TABLA 3: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la edad (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		**MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL**		**z**
Edad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**-**0,067
	47,53	13,085	47,71	13,384	

TABLA 4: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la edad (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		**HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL**		**z**
Edad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**-**0,016
	38,73	12,135	39,17	13,511	

c) Rangos de edad

La muestra del grupo de control normativo ha sido apareada con la muestra del grupo clínico en función del *rango de edad*, junto con la variable sexo. Por tanto, como se puede observar en las tablas que se presentan a continuación, no existen diferencias significativas en función de la edad entre ambos grupos (tablas 5, 6 y 7).

c.1. Comparación intergrupal en función del rango de edad

Tanto los jugadores como los sujetos del grupo de control se sitúan la mayoría en un intervalo de edad entre los 31-45 y los 46-65 años (tabla 5).

TABLA 5: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función del rango de edad

	LUDÓPATAS		**GRUPO DE CONTROL**		χ^2 **(gl)**
Rangos de edad	**N**	**%**	**N**	**%**	
≤30	21	20,4	23	22,3	0,196 (3)
31-45	37	35,9	36	35,0	
46-65	39	37,9	39	37,9	
≥66	6	5,8	5	4,9	
Total	103	100	103	100	

c.2. Comparación intergrupal en función del rango de edad y el sexo

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en cuanto a los rangos de edad entre los jugadores patológicos y el grupo de control en función del sexo (tablas 6 y 7).

El 51% de las mujeres de ambos grupos se sitúan en un intervalo de edad de 46 a 51 años (tabla 6).

TABLA 6: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del rango de edad (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Rangos de edad	**n**	**%**	**n**	**%**	
≤30	6	11,8	8	15,7	0,434 (3)
31-45	14	27,5	13	25,5	
46-65	26	51,0	26	51,0	
≥66	5	9,8	4	7,8	
Total	51	100	51	100	

Si comparamos a los hombres por separado, aproximadamente el 44% presenta un rango de edad de 31 a 45 años, inferior al de las mujeres (tabla 7).

TABLA 7: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del rango de edad (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Rangos de edad	**n**	**%**	**n**	**%**	
≤30	15	28,8	15	28,8	0,000 (3)
31-45	23	44,2	23	44,2	
46-65	13	25,0	13	25,0	
≥ 66	1	1,9	1	1,9	
Total	52	100	52	100	

En la figura 1 se representan gráficamente las diferencias existentes entre la muestra de ludópatas y el grupo de control en relación con los rangos de edad.

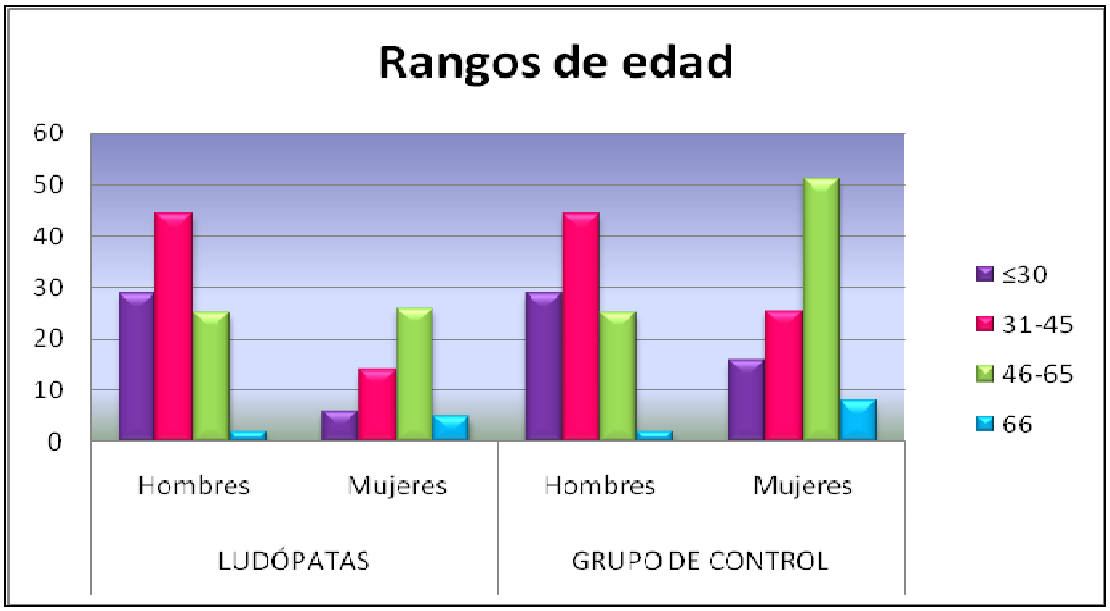


FIGURA 1: Diferencias entre los jugadores y el grupo de control en los rangos de edad en función del sexo

d) Estado civil

Los resultados obtenidos en el análisis de chi-cuadrado entre las variables *estado civil* y *grupo* se describen en las Tablas 8, 9 y 10.

d.1. Comparación intergrupal en función del estado civil

No existen diferencias significativas entre los jugadores y el grupo de control en cuanto al estado civil. Una mayoría de ludópatas (42,7%), al igual que los sujetos del grupo normativo (51,5%), permanecen casados (tabla 8).

TABLA 8: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función del estado civil

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Estado civil	**N**	**%**	**N**	**%**	
Casado	44	42,7	52	51,5	3,290 (3)
Soltero	35	34,0	35	34,7	
Divorciado	15	14,6	9	8,9	
Viudo	9	8,7	5	5,0	
Total	103	100	101	100	

d.2. Comparación intergrupal en función del estado civil y el sexo

Tampoco existen diferencias significativas en relación con el estado civil entre las dos submuestras en función del sexo. La mayoría de las mujeres del grupo control (56%) y la mayor parte de las mujeres ludópatas (47%) están casadas. Asimismo entre los hombres tampoco se han encontrado diferencias en el estado civil; sin embargo, a diferencia de las mujeres, la mayoría se encuentran solteros (el 49% de los hombres del grupo normativo y un 51% de los hombres ludópatas) (tablas 9 y 10 y figura 2).

TABLA 9: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del estado civil (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Estado civil	**n**	**%**	**N**	**%**	
Casada	24	47,1	28	56,0	2,549 (3)
Soltera	8	15,7	10	20,0	
Divorciada	12	23,5	9	18,0	
Viuda	7	13,7	3	6,0	
Total	103	100	101	100	

TABLA 10: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del estado civil (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Estado civil	**n**	**%**	**n**	**%**	
Casado	20	38,5	24	47,1	3,431 (3)
Soltero	27	51,9	25	49,0	
Divorciado	3	5,8	0	0	
Viudo	2	3,8	2	3,9	
Total	52	100	51	100	

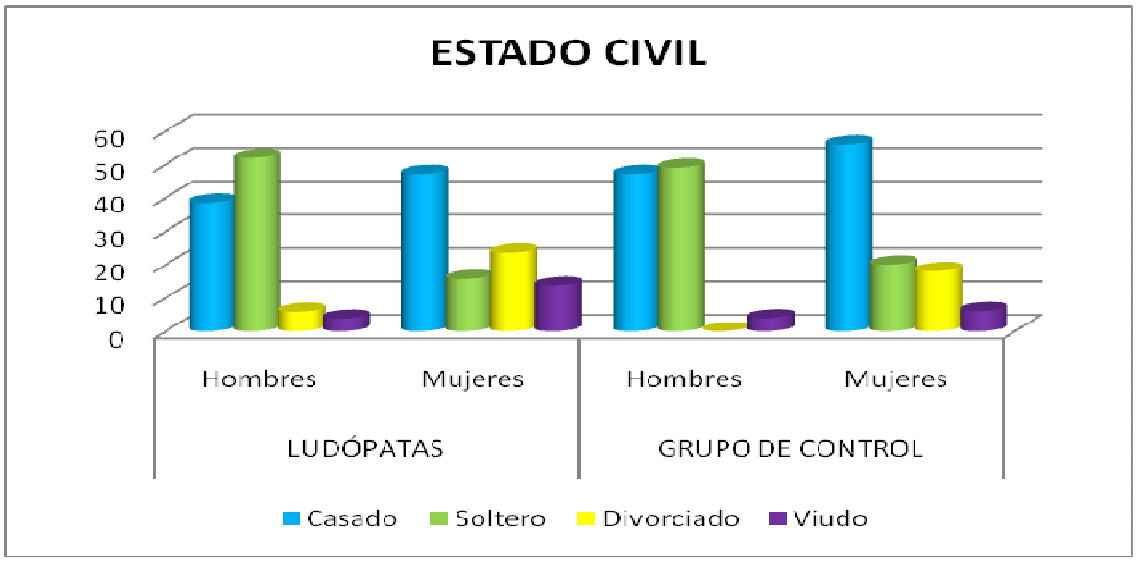


FIGURA 2: Diferencias entre los jugadores y el grupo de control en el estado civil en función del sexo

e) Nivel educativo

Como se observa en las tablas 11, 12 y 13, existen diferencias significativas entre las dos submuestras en el nivel educativo.

e.1. Comparación intergrupal en función del nivel educativo

Los jugadores tienen un nivel educativo inferior (estudios primarios) a los sujetos del grupo de control (estudios secundarios/universitarios) (χ^2=42,167; p<0,001) (tabla 11).

TABLA 11: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función del nivel educativo

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Nivel educativo	**N**	**%**	**N**	**%**		
Sin estudios	5	4,9	2	1,9		
Primarios	57	55,9	17	16,5	**42,467 (3)*** **	-1,5
Secundarios	30	29,4	47	45,6		
Universitarios	10	9,8	37	35,9		
Total	102	100	103	100		

p< 0,001***

e.2. Comparación intergrupal en función del nivel educativo y el sexo

Si comparamos a los hombres y las mujeres de los dos grupos por separado, los resultados revelan que existen diferencias significativas en el nivel educativo en función del sexo. Tanto los hombres como las mujeres ludópatas poseen un nivel educativo inferior al del grupo normativo. Las mujeres ludópatas tienen estudios primarios, mientras que las mujeres del grupo de control poseen estudios secundarios (χ^2 =9,635; p<0,05). El nivel educativo de los hombres ludópatas también es de estudios primarios y el del grupo de control es de universitarios/secundarios (χ^2=39,527; p<0,001) (tablas 12 y 13 y figura 3).

TABLA 12: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del nivel educativo (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Nivel educativo	**n**	**%**	**n**	**%**		
Sin estudios	3	6,0	2	3,9		
Primarios	28	56,0	14	27,5		
Secundarios	13	26,0	23	45,1	**9,635 (3)***	-0,5
Universitarios	6	12,0	12	23,5		
Total	50	100	51	100		

p< 0,05*

TABLA 13: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del nivel educativo (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Nivel educativo	**n**	**%**	**n**	**%**		
Sin estudios	2	3,8	0	0		
Primarios	29	55,8	3	5,8		
Secundarios	17	32,7	24	46,2	**39,527 (3)*****	-0,2
Universitarios	4	7,7	25	48,1		
Total	52	100	52	100		

p< 0,001***

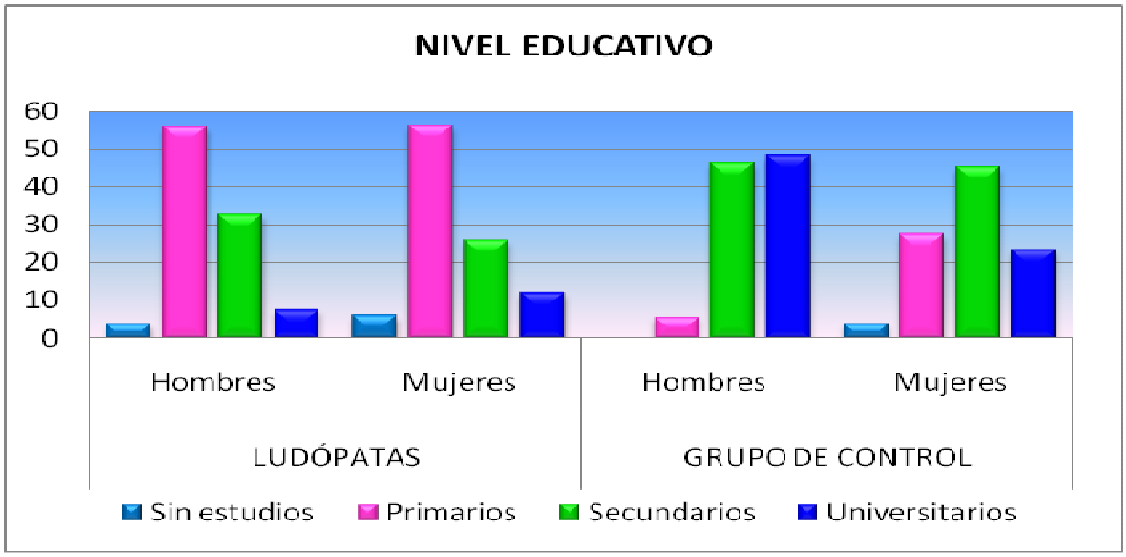


FIGURA 3: Diferencias entre los jugadores y el grupo de control en el nivel educativo en función del sexo

f) Situación laboral

Los resultados obtenidos en el análisis de chi-cuadrado en la variable *situación laboral* se exponen en las tablas 14, 15 y 16.

f.1. Comparación intergrupal en función de la situación laboral

Por lo que se refiere al nivel laboral, no hay diferencias significativas entre el grupo de jugadores y los sujetos del grupo de control en la situación laboral (la mayoría de las personas de ambos grupos permanecen activas). Sin embargo, se aprecia un porcentaje más elevado de personas en paro (32%) y en situación de baja prolongada (12%) en el caso de los ludópatas, sin que estas diferencias sean globalmente significativas (tabla 14).

TABLA 14: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función de la situación laboral

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Situación laboral	**N**	**%**	**N**	**%**	
Activo	52	52,0	65	63,1	7,349 (3)
Desempleo	32	32,0	29	28,2	
Jubilación	4	4,0	6	5,8	
Baja prolongada	12	12,0	3	2,9	
Total	100	100	103	100	

f.2 Comparación en función de la situación laboral y el sexo

Cuando se diferencian los dos grupos en función del sexo (tablas 15 y 16), las mujeres jugadoras muestran un nivel más bajo de actividad laboral (especialmente, debido a las bajas prolongadas) que las del grupo de control (χ^2=9,320; p<0,05). En el caso de los hombres, aunque no se evidencian diferencias significativas respecto a la situación laboral, se aprecia un mayor porcentaje de parados entre los hombres ludópatas (25%) que en los hombres del grupo normativo (13%).

TABLA 15: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la situación laboral (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Situación laboral	**n**	**%**	**n**	**%**		
Activo	20	41,7	26	51,0	**9,320 (3)***	0,4
Desempleo	19	39,6	22	43,1		
Jubilación	0	0	2	3,9		
Baja prolongada	9	18,8	1	2,0		
Total	48	100	51	100		

p< 0,05*

TABLA 16: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la situación laboral (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Situación laboral	**n**	**%**	**n**	**%**	
Activo	32	61,5	39	75,0	2,690 (3)
Desempleo	13	25,0	7	13,5	
Jubilación	4	7,7	4	7,7	
Baja prolongada	3	5,8	2	3,8	
Total	52	100	52	100	

En la figura 4 se representan gráficamente las diferencias intergrupales en función de la situación laboral y el sexo.

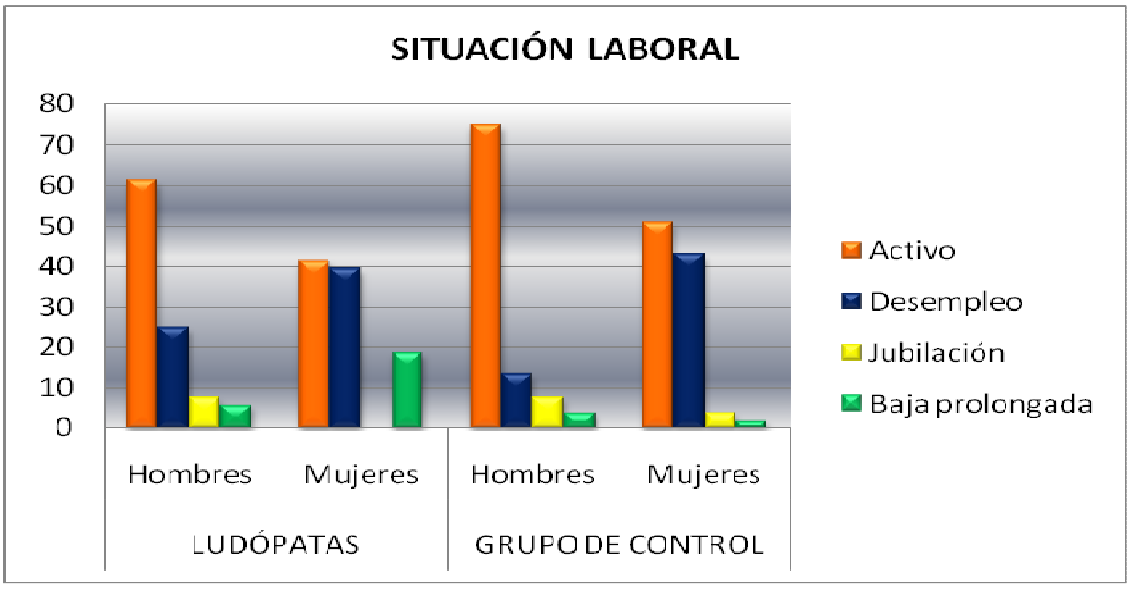


FIGURA 4: Diferencias entre los jugadores y el grupo de control en la situación laboral en función del sexo

g) Nivel socioeconómico

La comparación entre los jugadores y el grupo de control normativo en función del nivel socioeconómico se describe en las tablas 17, 18 y 19.

g.1. Comparación intergrupal en función del nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico es similar (de tipo medio) en ambos grupos cuando se comparan en conjunto. Es decir, el 60,8% de los ludópatas y el 68% de los sujetos del grupo control se sitúan en un nivel socioeconómico medio (tabla 17).

TABLA 17: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función del nivel socioeconómico

	LUDÓPATAS		**GRUPO DE CONTROL**		χ^2 **(gl)**
Nivel socioeconómico	**N**	**%**	**N**	**%**	
Bajo	13	12,7	3	2,9	
Medio-bajo	16	15,7	16	15,5	
Medio	62	60,8	70	68,0	8,921 (4)
Medio-alto	8	7,8	13	12,6	
Alto	3	2,9	1	1,0	
Total	102	100	103	100	

g.2. Comparación intergrupal en función del nivel socioeconómico y el sexo

Cuando se diferencian los dos grupos en función del sexo (tablas 18 y 19 y figura 5), las mujeres jugadoras muestran un nivel socioeconómico más bajo que las del grupo de control (χ^2=13,098; p<0,01). Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas en el nivel socioeconómico en el caso de los hombres. El 69,2% de los jugadores y el 65,4% de los hombres del grupo de control se sitúan en un nivel socioeconómico medio.

TABLA 18: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del nivel socioeconómico (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Nivel socioeconómico	**n**	**%**	**n**	**%**		
Bajo	9	18,0	1	2,0		
Medio-bajo	12	24,0	7	13,7		
Medio	26	52,0	36	70,6	**13,098 (4)****	-0,6
Medio-alto	2	4,0	7	13,7		
Alto	1	2,0	0	0		
Total	52	100	52	100		

p< 0,01**

TABLA 19: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del nivel socioeconómico (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Nivel socioeconómico	**n**	**%**	**n**	**%**	
Bajo	4	7,7	2	1,9	
Medio-bajo	4	7,7	9	11,5	
Medio	36	69,2	34	65,4	2,980 (4)
Medio-alto	6	11,5	6	17,3	
Alto	2	66,7	1	3,8	
Total	52	100	52	100	

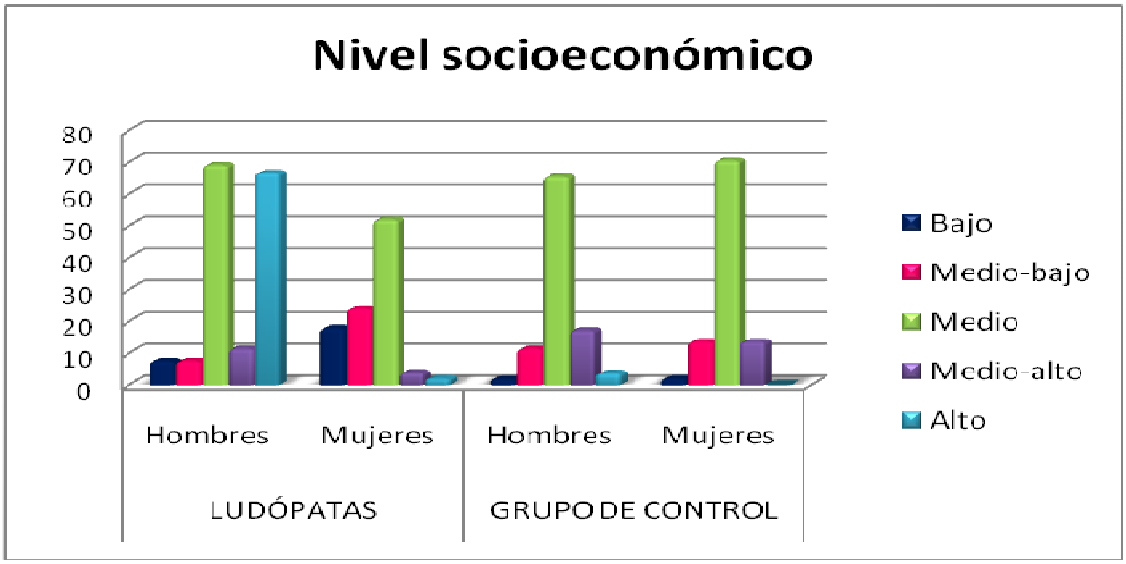


FIGURA 5: Diferencias entre los jugadores y el grupo de control en el nivel socioeconómico en función del sexo

h) Antecedentes de abuso de alcohol en la familia de origen

Esta variable recoge el porcentaje de sujetos que presenta antecedentes de abuso de alcohol en la familia de origen en cada grupo. Los resultados figuran en las tablas 20, 21 y 22.

h.1. Comparación intergrupal en función de los antecedentes familiares de alcohol

Los jugadores muestran más antecedentes de abuso de alcohol en la familia de origen (35,9%) que los sujetos del grupo de control (10,7%) (χ^2 =18,362; p<0,001) (tabla 20).

TABLA 20: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función de los antecedentes familiares de alcohol

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Alcohol	**N**	**%**	**N**	**%**		
No	66	64,1	92	89,3	**18,362 (1)*** **	0,6
Sí	37	35,9	11	10,7		
Total	103	100	103	100		

p< 0,001**

h.2. Comparación intergrupal en función de los antecedentes familiares de alcohol y el sexo

Tal como se puede apreciar en las tablas 21 y 22, la comparación de las dos submuestras en función del sexo indica que hay más antecedentes de alcohol en la familia en el caso de los ludópatas (tanto en los hombres como en las mujeres). En concreto, el 33,3% de las mujeres ludópatas tiene antecedentes familiares de abuso de alcohol, frente al 13,7% de las mujeres del grupo normativo (χ^2=5,449; p<0,05). Asimismo el 38,5% de los hombres ludópatas, en comparación con el 7,7% de los hombres de la población normal, presentan antecedentes de alcohol en la familia (χ^2=13,867; p<0,001).

TABLA 21: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de los antecedentes familiares de alcohol (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		**MUJERES GRUPO DE CONTROL**		**χ^2 (gl)**	**d**
Alcohol	**n**	**%**	**n**	**%**		
No	34	66,7	44	86,3	**5,449 (1)***	0,4
Sí	17	33,3	7	13,7		
Total	51	100	51	100		

p< 0,05*

TABLA 22: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de los antecedentes familiares de alcohol (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		**HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL**		**χ^2 (gl)**	**d**
Alcohol	**n**	**%**	**n**	**%**		
No	32	61,5	48	92,3	**13,867 (1)*****	0,8
Sí	20	38,5	4	7,7		
Total	52	100	52	100		

p< 0,001***

3.1.3 Variables de personalidad

A continuación se analizan las diferencias existentes entre los jugadores patológicos y el grupo normativo en cuanto a las características de personalidad. Las variables objeto de estudio son las siguientes: ansiedad/rasgo, impulsividad, búsqueda de sensaciones y autoestima. Los resultados obtenidos se presentan en las tablas 23, 24 y 25.

a. Comparación intergrupal en función de las variables de personalidad

En relación con las variables de personalidad, los resultados que aparecen en la tabla 23 ponen de manifiesto que los jugadores son más *ansiosos* (t=8,140; p<0,001) e *impulsivos* (t=8,207; p<0,001) y que cuentan con un menor nivel de *autoestima* (t=-8,384; p<0,001) que los sujetos del grupo de control.

TABLA 23: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función de las variables de personalidad

	LUDÓPATAS		**GRUPO DE CONTROL**			
Variables personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Ansiedad (STAI-R)	30,05	11,41	18,29	8,93	**8,140*** **	1,1
Impulsividad (BIS-10)	63,70	16,57	45,66	11,78	8,207***	1,2
Impulsividad motora	19,95	8,24	12,91	5,41	7,061***	1,2
Impulsividad cognitiva	21,35	5,54	18,86	4,76	3,292***	0,5
Impulsividad no planeada	23,21	6,81	14,67	5,93	9,104***	1,3
Búsqueda sensaciones (EBS)	16,73	5,56	16,57	6,70	0,175	
Búsqueda de emociones	3,77	2,79	3,45	2,83	-0,841	
Búsqueda de experiencias	5,92	1,76	5,79	2,14	-0,602	
Desinhibición social	2,74	1,88	3,52	2,38	-2,231*	-0,4
Susceptibilidad al aburrimiento	3,93	1,98	3,31	2,02	-2,186*	0,3
Autoestima (EA)	26,71	5,10	33,04	5,66	**-8,384*** **	-1,2

p< 0,05* p< 0,001***

b. Comparación intergrupal en función de las variables de personalidad y el sexo

Si comparamos las variables de personalidad de ambos grupos en función del sexo, los resultados reflejan que también existen diferencias significativas (tablas 24 y 25). Las mujeres ludópatas manifiestan puntuaciones más elevadas en ansiedad/rasgo (t=5,645; p<0,001) e impulsividad (t=6,792; p<0,001), así como una menor puntuación en autoestima (t=-6,373; p<0,001). Del mismo modo, los hombres también presentan un nivel de ansiedad (t=6,510; p<0,001) e impulsividad (t= 5,009; p<0,001) más elevados y una menor autoestima (t=-6,373; p<0,001) (figura 6).

TABLA 24: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de las variables de personalidad (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		**MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL**			
Variables personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Ansiedad (STAI-R)	33,27	11,06	22,06	8,42	**5,645*** **	1,1
Impulsividad (BIS-10)	66,16	16,53	43,95	11,38	**6,792*** **	1,5
Impulsividad motora	21,89	8,50	13,53	5,74	5,547***	1,1
Impulsividad cognitiva	22,14	5,98	18,48	5,21	3,056**	0,6
Impulsividad no planeada	22,97	6,44	13,78	5,62	6,986***	1,5
Búsqueda sensaciones (EBS)	15,35	5,59	13,22	5,53	1,779	
Búsqueda de emociones	3,00	2,93	1,82	1,82	-1,807	
Búsqueda de experiencias	5,91	1,72	5,50	2,26	-1,057	
Desinhibición social	2,06	1,65	2,48	2,06	-0,935	
Susceptibilidad al aburrimiento	3,94	1,96	3,06	1,87	-2,048*	0,4
Autoestima (EA)	25,10	4,55	32,47	6,81	**-6,373*** **	-1,3

p< 0,05* p< 0,01** p< 0,001***

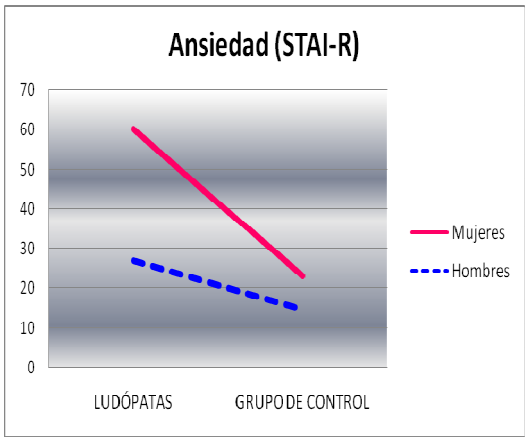
z[1]: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.

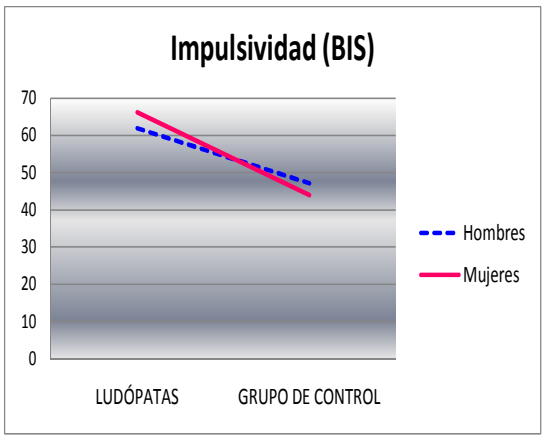
TABLA 25: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de las variables de personalidad (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL			
Variables personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Ansiedad (STAI-R)	26,88	10,94	14,59	7,86	**6,510*** **	1,3
Impulsividad (BIS-10)	61,88	16,53	47,11	12,05	**5,009*** **	1,0
Impulsividad motora	18,19	7,66	12,34	5,08	4,558**	0,9
Impulsividad cognitiva	20,66	5,08	19,20	4,34	1,529	
Impulsividad no planeada	23,39	7,13	15,48	6,14	5,966***	1,2
Búsqueda sensaciones (EBS)	18,11	5,23	19,49	6,29	-1,149	
Búsqueda de emociones	4,54	2,45	5,02	2,74	-0,977	
Búsqueda de experiencias	5,92	1,81	6,08	1,98	-0,214	
Desinhibición social	3,44	1,86	4,48	2,27	-2,358**	-0,5
Susceptibilidad al aburrimiento	3,92	2,01	3,55	2,15	-1,076	
Autoestima (EA)	28,25	5,17	33,61	4,21	**-5,760*** **	-1,1

p< 0,001*** p< 0,01**

z[1]: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.





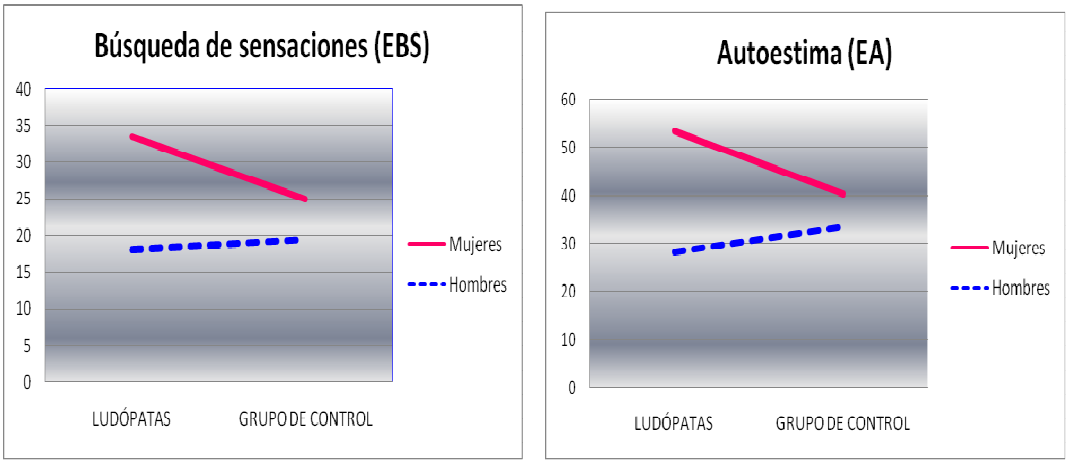


FIGURA 6: Diferencias entre los jugadores y el grupo de control en función de las variables de personalidad

3.1.4 Variables psicopatológicas

En este apartado se analizan las puntuaciones obtenidas en relación con las características psicopatológicas. En primer lugar, desde una perspectiva categorial, se señalan los datos relacionados con los antecedentes psiquiátricos. En segundo lugar, bajo el epígrafe *psicopatología actual*, se muestran los resultados obtenidos en las variables estudiadas: historia psiquiátrica anterior, ansiedad, depresión e inadaptación, así como abuso de alcohol y otras drogas. El análisis de las diferencias existentes entre las dos submuestras en relación con las variables psicopatológicas figura en las tablas 26, 27 y 28.

a) Historia psiquiátrica anterior

a.1. Comparación intergrupal en función de la historia psiquiátrica anterior

Respecto al historial psiquiátrico, los jugadores cuentan con un historial psiquiátrico (50,5%) más frecuentemente que los sujetos del grupo de control (13,6%) (χ^2=32,193; p<0,001) (tabla 26).

TABLA 26: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función de la historia psiquiátrica anterior

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Hª psiquiátrica	**N**	**%**	**N**	**%**		
No	51	49,5	89	86,4	**32,193 (1)*** **	0,7
Sí	52	50,5	14	13,6		
Total	103	100	103	100		

p< 0,001***

a.2. Comparación intergrupal en función de la historia psiquiátrica anterior y el sexo

Al igual que en la muestra global, tanto las mujeres (χ^2 =16,190; p<0,001) como los hombres ludópatas, presentan más antecedentes psiquiátricos que el grupo de control (χ^2=17,550; p<0,001) (tablas 27 y 28).

TABLA 27: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la historia psiquiátrica anterior (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Hª psiquiátrica	**n**	**%**	**n**	**%**		
No	20	39,2	41	78,4	**16,190 (1)*** **	0,9
Sí	31	60,8	11	21,6		
Total	51	100	51	100		

p< 0,001***

TABLA 28: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la historia psiquiátrica anterior (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Hª psiquiátrica	**n**	**%**	**n**	**%**		
No	31	59,6	49	94,2	**17,550 (1)*** **	0,8
Sí	21	40,4	3	5,8		
Total	52	100	52	100		

p< 0,001***

b) Tipo de historia psiquiátrica anterior

Los resultados expuestos en las tablas 29, 30 y 31 muestran que no existen diferencias significativas entre las dos submuestras con respecto al tipo de historia psiquiátrica anterior. Tampoco existen diferencias significativas en esta variable en función del sexo.

TABLA 29: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función de la historia psiquiátrica anterior

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Tipo de Hª psiquiátrica	**N**	**%**	**N**	**%**	
Ansiedad	12	24,0	4	26,7	9,172 (5)
Depresión	15	30	7	46,7	
Ansiedad/Depresión	2	4	3	20	
TDAH	3	6	0	0	
Otros	15	30	1	6,7	
Sin especificar	3	6	0	0	
Total	50	100	15	100	

TABLA 30: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la historia psiquiátrica anterior (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Tipo de Hª psiquiátrica	**n**	**%**	**n**	**%**	
Ansiedad	6	18,2	2	16,7	10,137 (5)
Depresión	10	30,3	7	58,3	
Ansiedad/Depresión	2	6,1	3	25,0	
TDAH	1	3,0	0	0	
Otros	12	36,4	0	0	
Sin especificar	2	6,1	0	0	
Total	33	100	12	100	

TABLA 31: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la historia psiquiátrica anterior (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Tipo de Hª psiquiátrica	**n**	**%**	**n**	**%**	
Ansiedad	6	35,3	2	66,7	2,353 (4)
Depresión	5	29,4	0	0	
TDAH	2	11,8	0	0	
Otros	3	17,6	1	33,3	
Sin especificar	1	5,9	0	0	
Total	17	100	3	100	

c) Psicopatología actual

Los resultados referentes a la psicopatología actual de los jugadores y del grupo de control normativo figuran en las tablas 32, 33 y 34.

c.1. Comparación intergrupal en función de la psicopatología actual

En cuanto a la situación psicopatológica actual, los jugadores muestran mayor sintomatología ansiosa (t=6,584; p<0,001) y depresiva (t=-8,304; p<0,001) y están peor adaptados a la vida cotidiana (z=6,934; p<0,001) que los sujetos del grupo de control. No hay, sin embargo, diferencias significativas en el abuso de alcohol a nivel global (tabla 32).

TABLA 32: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función de la psicopatología actual

	LUDÓPATAS		**GRUPO DE CONTROL**			
	X	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Ansiedad (STAI-E)	27,94	10,58	18,48	9,25	**6,584*** **	0,9
Depresión (BDI)	19,52	12,31	6,82	5,59	**-8,304*** **	1,3
Escala Inadaptación (EI)	17,10	7,27	10,27	4,86	**-6,934*** **	1,1
Abuso de alcohol (AUDIT)	4,69	5,58	2,98	2,83	-1,614	

p< 0,001***

z[1]: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.

c.2. Comparación intergrupal en función de la psicopatología actual y el sexo

Al comparar el nivel de ansiedad de las mujeres ludópatas con el de la población normativa, las jugadoras patológicas presentan unos niveles de *ansiedad-estado* significativamente superiores a las mujeres de la población normal (t=3,810; p<0,001). Asimismo las jugadoras presentan una mayor sintomatología *depresiva* (z=-6,499; p<0,001) y un mayor nivel de *inadaptación* (z=-4,161; p<0,001). Por otra parte, los jugadores patológicos, en comparación con los hombres del grupo de control, muestran mayor sintomatología *ansiosa* (t=5,478; p<0,001) y *depresiva* (z=-5,511; p<0,001), así

como un mayor nivel de *inadaptación* y, a diferencia de las mujeres, una tendencia a *abusar del alcohol* (t=-2,833; p<0,01) (tablas 33 y 34 y figura 7).

TABLA 33: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la psicopatología actual (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		**MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL**			
	X	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Ansiedad (STAI-E)	28,31	9,60	21,02	9,07	**3,810*** **	1,1
Depresión (BDI)	23,20	12,44	8,24	5,99	**-6,499*** **	1,5
Escala Inadaptación (EI)	16,66	7,90	10,62	5,87	**-4,161*** **	0,8
Abuso de alcohol (AUDIT)	3,27	6,22	2,16	2,10	-0,433	

p< 0,001***

TABLA 34: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función de la psicopatología actual (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		**HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL**			
	X	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Ansiedad (STAI-E)	27,56	11,58	16,04	8,84	**5,478*** **	1,1
Depresión (BDI)	15,91	11,16	5,45	4,85	**-5,511*** **	1,2
Escala Inadaptación (EI)	17,52	6,67	9,94	3,70	**-5,840*** **	1,4
Abuso de alcohol (AUDIT)	6,09	4,52	3,78	3,22	**-2,833** **	0,6

p< 0,001*** p< 0,01**

z[1]: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.

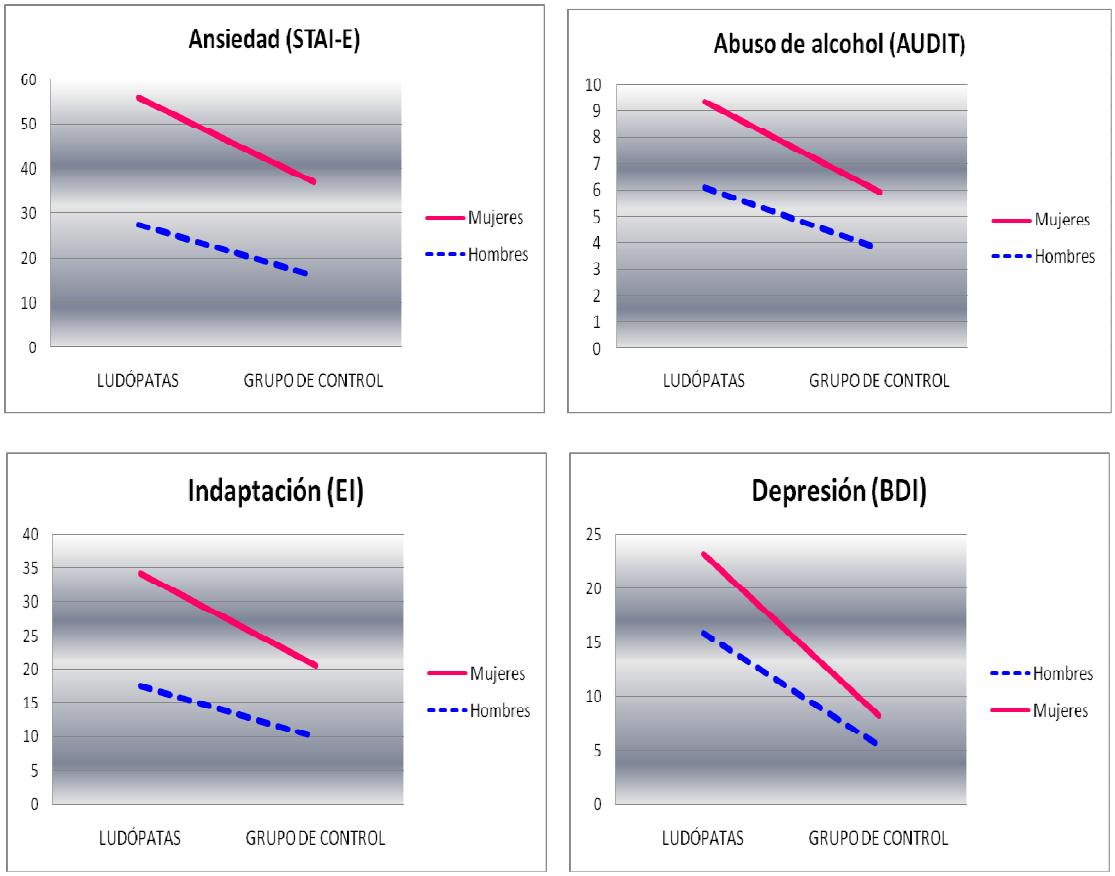


FIGURA 7: Diferencias entre los jugadores y el grupo de control en función de la psicopatología actual

d) Abuso de alcohol y de otras drogas

El porcentaje de jugadores y de sujetos del grupo de control que abusan del alcohol y de otras drogas se expone en las tablas 35, 36, 37 y 38.

d.1. Comparación intergrupal en función del abuso de alcohol y de otras drogas

En relación con el consumo abusivo de alcohol, no hay diferencias entre los dos grupos (tabla 35). Sin embargo, existen diferencias significativas con respecto al abuso de otras drogas (χ^2 =16,756; p<0,001) entre los dos grupos. El 94,7% de los jugadores, en comparación con el 5,3% de los sujetos del grupo normativo, abusan de otras drogas (tabla 36).

TABLA 35: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función del abuso de alcohol

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Alcohol	**N**	**%**	**N**	**%**	
No	99	96,1	102	99,0	1,845 (1)
Sí	4	3,9	1	1,0	
Total	103	100	103	100	

TABLA 36: Diferencias entre el grupo total de ludópatas y el grupo de control en función del abuso de otras drogas

	LUDÓPATAS		GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Otras drogas	**N**	**%**	**N**	**%**		
No	85	82,5	102	99	**16,756 (1)*** **	1,0
Sí	18	94,7	1	5,3		
Total	103	100	103	100		

p< 0,001***

d.2. Comparación intergrupal en función del abuso de alcohol y de otras drogas y el sexo

Como se puede observar en las tablas 37 y 38, cuando se diferencian los dos grupos en función del sexo, los hombres jugadores abusan más del alcohol que los no jugadores (χ^2=4,160; p<0,05). Entre las mujeres, sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas.

TABLA 37: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del abuso de alcohol (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)
Alcohol	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	51	100	50	98	1,010 (1)
Sí	0	0	1	2	
Total	51	100	51	100	

TABLA 38: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del abuso de alcohol (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL		χ^2 (gl)	d
Alcohol	**n**	**%**	**n**	**%**		
No	48	92,3	52	100	**4,160 (1)***	1,2
Sí	4	7,7	0	0		
Total	52	100	52	100		

p< 0,05*

Por otra parte, respecto al consumo de otras drogas, los jugadores de uno y otro sexo abusan más de otras drogas que los sujetos del grupo de control (tablas 39 y 40). El 9,8% de las mujeres ludópatas, en relación con el 0% de las mujeres del grupo normativo, abusan de otras drogas (χ^2 =5,258; p<0,05). Asimismo, el porcentaje de hombres ludópatas que abusan de otras drogas es del 25%, mientras que entre los hombres del grupo de control sólo el 1,9% de los sujetos abusan de otras drogas (χ^2 =11,886; p<0,001).

TABLA 39: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del abuso de otras drogas (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		**MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL**		χ^2 **(gl)**	**d**
Otras drogas	**n**	**%**	**n**	**%**		
No	46	90,2	51	100	**5,258 (1)***	0,5
Sí	5	9,8	0	0		
Total	51	100	51	100		

p< 0,05*

TABLA 40: Diferencias entre el grupo de ludópatas y el grupo de control en función del abuso de otras drogas (hombres)

	HOMBRES LUDÓPATAS		**HOMBRES DEL GRUPO DE CONTROL**		χ^2 **(gl)**	**d**
Otras drogas	**n**	**%**	**n**	**%**		
No	39	75,0	51	98,1	**11,886 (1)*****	0,5
Sí	13	25,0	1	1,9		
Total	52	100	52	100		

p< 0,001***

En las tablas 41, 42 y 43 se presenta un resumen de las variables analizadas hasta el momento en la muestra total, así como en las submuestras de mujeres y hombres.

TABLA 41: Resumen de las variables analizadas (muestra total)

	LUDÓPATAS		**GRUPO DE CONTROL**		**t /χ^2 (gl)**
Variables demográficas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t /χ^2**
Edad	43,09	13,30	43,40	14,05	-0,063
Rangos de edad					0,196 (3)
Estado civil					3,290 (3)
Nivel educativo					**42,167 (3)*** **
Situación laboral					7,3499 (3)
Nivel socioeconómico					8,921 (4)
Antecedentes	**N**	**%**	**N**	**%**	**χ^2**
Hª psiquiátrica anterior	52	50,5	14	13,6	**32,193 (1)*** **
Tipo de hª psiquiátrica anterior	50	100	15	100	9,172 (5**)**
Antecedentes familiares de alcohol	37	35,9	11	10,7	**18,362 (1)*** **
Variables de personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-R)	30,05	11,41	18,29	8,93	**8,140*** **
Impulsividad (BIS-10)	63,70	16,57	45,66	11,78	8,207***
Búsqueda de sensaciones (EBS)	16,73	5,56	16,57	6,70	0,175
Autoestima (EA)	28,25	5,17	33,61	4,21	**-5,760*** **
Variables psicopatológicas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-E)	27,94	10,58	18,48	9,25	**6,584*** **
Depresión (BDI)	19,52	12,31	6,82	5,59	**-8,304*** **
Inadaptación (EI)	17,10	7,27	10,27	4,86	**-6,934*** **
Abuso de alcohol (AUDIT)	4,69	5,58	2,98	2,83	-1,614
Abuso alcohol/otras drogas	**N**	**%**	**N**	**%**	**χ^2**
Abuso de alcohol	4	3,9	1	1,0	1,845 (1)
Abuso de otras drogas	18	94,7	1	5,3	**16,756 (1)*** **

p< 0,05* p< 0,01** p< 0,001***

TABLA 42: Resumen de las variables analizadas (mujeres)

	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL		t /χ^2 (gl)
Variables demográficas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t /χ^2**
Edad	47,53	13,08	47,71	13,38	-0,067
Rangos de edad					0,196 (3)
Estado civil					2,549 (3)
Nivel educativo					**9,635 (3)***
Situación laboral					**9,320 (3)***
Nivel socioeconómico					**13,098 (4)****
Antecedentes	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**
Hª psiquiátrica anterior	31	60,8	11	21,6	**16,190 (1)*****
Tipo de hª psiquiátrica anterior	33	100	12	100	10,137 (5)
Antecedentes familiares de alcohol	17	33,3	7	13,7	**5,449 (1)***
Variables de personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-R)	33,27	11,06	22,06	8,426	**5,645*****
Impulsividad (BIS-10)	66,16	16,53	43,95	11,38	6,792*****
Búsqueda de sensaciones (EBS)	15,35	5,59	13,22	5,53	1,779
Autoestima (EA)	25,10	4,55	32,47	6,81	**-6,373*****
Variables psicopatológicas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-E)	28,31	9,60	21,02	9,07	**3,810*****
Depresión (BDI)	23,20	12,44	8,24	5,99	**-6,499*****
Inadaptación (EI)	16,66	7,90	10,62	5,87	**-4,161*****
Abuso de alcohol (AUDIT)	3,27	6,22	2,16	2,10	-0,433
Abuso alcohol/otras drogas	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**
Abuso de alcohol	0	0	1	2	1,010 (1)
Abuso de otras drogas	5	9,8	0	0	**5,258 (1)***

p< 0,05* p< 0,01** p< 0,001***

TABLA 43: Resumen de las variables analizadas (hombres)

	MUJERES LUDÓPATAS		**MUJERES DEL GRUPO DE CONTROL**		**t /χ^2 (gl)**
Variables demográficas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t /χ^2**
Edad	38,73	12,13	39,17	13,51	-0,016
Rangos de edad					0,000 (3)
Estado civil					3,431 (3)
Nivel educativo					**39,527 (3)*** **
Situación laboral					2,690 (3)
Nivel socioeconómico					2,980 (4)
Antecedentes	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**
Hª psiquiátrica anterior	21	40,4	3	94,2	**17,550 (1)*** **
Tipo de hª psiquiátrica anterior	17	100	3	100	2,353 (4)
Antecedentes familiares de alcohol	20	38,5	4	7,7	**13,867 (1)*** **
Variables de personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-R)	26,88	10,94	14,59	7,86	**6,510*** **
Impulsividad (BIS-10)	61,88	16,53	47,11	12,05	**5,009*** **
Búsqueda de sensaciones (EBS)	18,11	5,23	19,49	6,29	-1,149
Autoestima (EA)	28,25	5,17	33,61	4,21	**-5,760*** **
Variables psicopatológicas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-E)	27,56	11,58	16,04	8,84	**5,478*** **
Depresión (BDI)	15,91	11,16	5,45	4,85	**-5,511*** **
Inadaptación (EI)	17,52	6,67	9,94	3,70	**-5,840*** **
Abuso de alcohol (AUDIT)	6,09	4,52	3,78	3,22	**-2,833** **
Abuso alcohol/otras drogas	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**
Abuso de alcohol	4	7,7	0	0	**4,160 (1)***
Abuso de otras drogas	13	25,0	1	1,9	**11,886 (1)*** **

p< 0,05* p< 0,01** p< 0,001***

3.2 PERFIL PSICOPATOLÓGICO DIFERENCIAL DE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES LUDÓPATAS

3.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA GLOBAL

En este apartado se describen las características demográficas, de juego y psicológicas (de personalidad y clínicas) de la muestra global de jugadores patológicos (N=103).

3.2.1.1 Variables demográficas

La muestra está compuesta por 51 mujeres y 52 hombres. La edad media de los jugadores es de 43 años (DT=13,30) y en su mayoría permanecen casados (42,7%). El 55,9% de la muestra tiene estudios primarios y, respecto a la situación laboral, el 52% se encuentran activos. No obstante, el 11% de los sujetos está jubilado y el 12% se encuentra en situación de baja prolongada. En cuanto al nivel socioeconómico, la mayoría (60,8%) pertenecen a un nivel medio. El 83,5% de los jugadores poseen apoyo familiar y aproximadamente la mitad de la muestra (el 53,9%) cuenta con apoyo social. Los datos demográficos de la muestra de jugadores patológicos (N=103) aparecen descritos en la tabla 44.

TABLA 44: Características demográficas de la muestra total de los jugadores patológicos

VARIABLES	***X***	***DT***
Edad	43,09	13,30
	N	**%**
Sexo		
Hombre	52	50,5
Mujer	51	50,5
Estado Civil		
Casado	44	42,7
Soltero	35	34,0
Divorciado	15	14,6
Viudo	9	8,7
Nivel educativo		
Sin estudios	5	4,9
Primarios	57	55,9
Secundarios	30	29,4
Universitarios	10	9,8
Situación laboral		
Activo	52	52,0
Paro	25	25,0
Jubilado	11	11,0
Baja prolongada	12	12,0
Nivel socioeconómico		
Bajo	13	12,7
Medio-bajo	16	15,7
Medio	62	60,8
Medio-alto	8	7,8
Alto	3	2,9
Apoyo sociofamiliar		
Apoyo familiar	86	83,5
Apoyo social	55	53,9

3.2.1.2 Variables de juego

Los resultados obtenidos en relación con las variables de juego aparecen descritos en la tabla 45 y en la figura 8.

Por lo que se refiere al *curso del trastorno*, la edad media de inicio del juego es de 28,97 (DT=14,23), mientras que la edad de comienzo del trastorno es de 36,76 (DT=13,73). Es decir, el tiempo que transcurre desde el inicio del juego hasta que comienza a ser un problema es de 7,79 años (DT=8,45). A su vez, la media de meses de dependencia al juego (tiempo transcurrido desde el inicio del trastorno hasta la búsqueda de ayuda terapéutica) es de 89,73 (DT=100,68), es decir, de 7,48 años.

En el 67% de los casos existe un *acontecimiento desencadenante* relacionado con el inicio del juego y un 37,9% tiene *antecedentes familiares de juego.*

Respecto al *tipo de juego* al que son adictos, la mayor parte de los jugadores (un 79,6%) prefieren las máquinas tragaperras.

En cuanto a la *motivación para jugar*, su distribución es diversa: en el 27% de los casos la motivación principal es el aburrimiento, seguida de otras motivaciones, tales como la influencia social, la soledad, las ganancias y motivaciones múltiples en un 16% de los casos (figura 8).

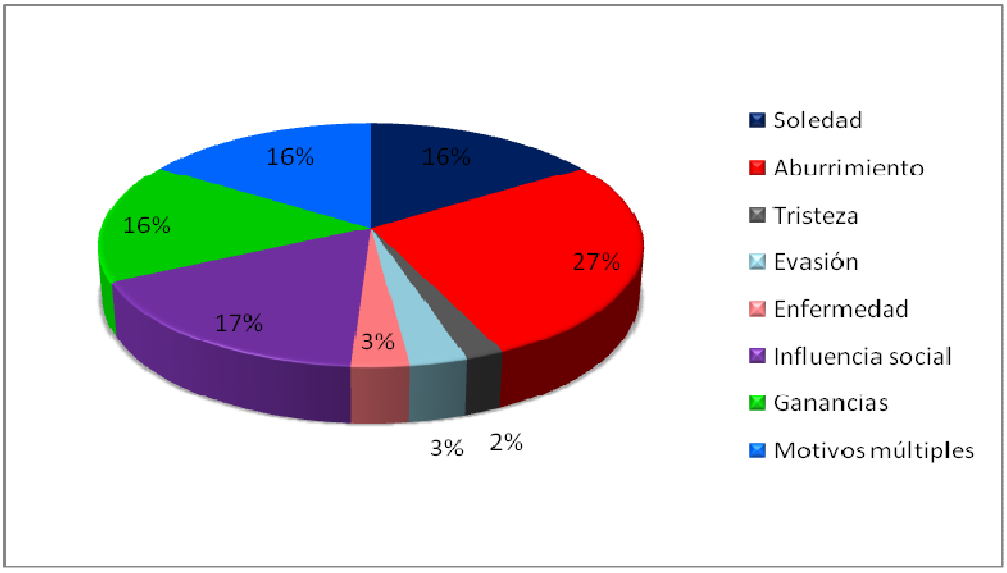


FIGURA 8: Motivación para jugar de los ludópatas

La puntuación obtenida en el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (X=9,98; DT=3,19) refleja la existencia de ludopatía entre los sujetos de la muestra.

Desde una perspectiva cognitiva, los jugadores obtienen una puntuación alta en relación con las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego (X=9,98; DT=3,59).

Por último, un aspecto importante a destacar es la presencia de deuda debida al juego en un porcentaje significativo de la muestra (58,4%).

TABLA 45: Características de la conducta de juego en los ludópatas

VARIABLES	**X**	**DT**
Edad de inicio del juego	28,97	14,23
Edad de comienzo del trastorno	36,76	13,73
Meses de dependencia	89,73	100,68
Dependencia al juego (SOGS) *(Rango: 6-15)*	9,98	3,19
Distorsiones cognitivas (IPJ) *(Rango: 0-21)*	7,86	3,59
Sesgos de conducta (IPJ)	6,52	3,08
Sesgos respecto a la adicción (IPJ)	2,26	1,01
Estilo atribucional (IPG)	2,74	1,48
	N	**%**
Acontecimiento desencadenante	67	67,0
Deuda	59	58,4
Antecedentes familiares de juego	39	37,9

3.2.1.3 Variables psicológicas (de personalidad y clínicas)

Respecto a las características de personalidad, los jugadores presentan un nivel medio-alto de ansiedad/rasgo (X=30,04; DT=11,41), de impulsividad (X=63,70; DT=16,57) y de búsqueda de sensaciones (X=16,72; DT=5,56). Por lo que se refiere al nivel de autoestima, la puntuación media es de 26,70 (DT=5,10), lo cual refleja un nivel de autoestima moderado.

Por otra parte, por lo que se refiere a las variables psicopatológicas, los resultados indican que los jugadores presentan un nivel de ansiedad/estado medio (X=27,94; DT=10,58) y un grado moderado de depresión (X=19,52; DT=12,31).

La puntuación obtenida en la Escala de Inadaptación (X=17,10; DT=7,27) refleja un nivel alto de inadaptación a la vida cotidiana.

Por último, en relación con el abuso de alcohol, los jugadores obtienen una puntuación media de 4,69 (DT=5,58) en el AUDIT, que indica que entre los jugadores no existen problemas serios relacionados con el alcohol.

Los datos relacionados con las variables clínicas aparecen descritos en la tabla 46.

TABLA 46: Características clínicas de los ludópatas

VARIABLES	X	DT
Ansiedad (STAI-R) *(Rango: 0-60)*	30,04	11,41
Impulsividad (BIS-10) *(Rango: 0-132)*	63,70	16,57
Impulsividad motora *(Rango: 0-44)*	19,94	8,24
Impulsividad cognitiva *(Rango: 0-44)*	21,35	5,54
Impulsividad no planeada (Rango: 0-44)	23,21	6,80
Búsqueda sensaciones (EBS) *(Rango: 0-40)*	16,72	5,56
Búsqueda de emociones *(Rango: 0-10)*	3,77	2,79
Búsqueda de experiencias *(Rango: 0-10)*	5,92	1,76
Desinhibición social (Rango: 0-10)	2,74	1,88
Susceptibilidad al aburrimiento *(Rango: 0-10)*	3,93	1,98
Autoestima (EA) *(Rango: 0-40)*	26,70	5,10
Ansiedad (STAI-E) *(Rango: 0-60)*	27,94	10,58
Depresión (BDI) *(Rango: 0-63)*	19,52	12,31
Escala Inadaptación (EI) *(Rango: 0-30)*	17,10	7,27
Abuso de alcohol (AUDIT) *(Rango: 0-40)*	4,69	5,58

3.2.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS, DE JUEGO Y PSICOLÓGICAS (DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLÓGICAS) EN FUNCIÓN DEL SEXO

3.2.2.1 Variables demográficas

a) Sexo

Como se puede apreciar en la tabla 47, la muestra está compuesta por 103 jugadores patológicos (52 hombres y 51 mujeres).

TABLA 47: Distribución de la muestra de jugadores en función del sexo

	N		HOMBRES		MUJERES	
Sexo	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
	103	100	52	50,5	51	50,5

b) Edad

Existen diferencias significativas en la media de edad de los jugadores patológicos, mostrando las mujeres una edad media por encima de los hombres. En concreto, la media de edad de las mujeres es de 47,53 años (DT=13,08), mientras que la de los hombres es de 38,73 (DT=12,13) (t=-3,539; p<0,001) (tabla 48).

TABLA 48: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la edad

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES			
Edad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**	**d**
	43,09	13,30	38,73	12,13	47,53	13,08	**-3,539*** **	-0,7

p< 0,001***

c) Rangos de edad

En cuanto a los rangos de edad, existen diferencias significativas entre los dos sexos (χ^2 =13,038; p<0,001). El rango de edad más frecuente en las mujeres es el de 46-65, mientras que en los hombres predominan los rangos de 31-45 y de menores de 30 (tabla 49 y figura 9).

TABLA 49: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de los rangos de edad

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Rangos de edad	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
≤30	21	20,4	15	28,8	6	11,8		
31-45	37	35,9	23	44,2	14	27,5	**13,038 (3)****	-0,7
46-65	39	37,9	13	25,0	26	51,0		
≥66	6	5,8	1	1,9	5	9,8		
Total	103	100	52	100	51	100		

p< 0,01**

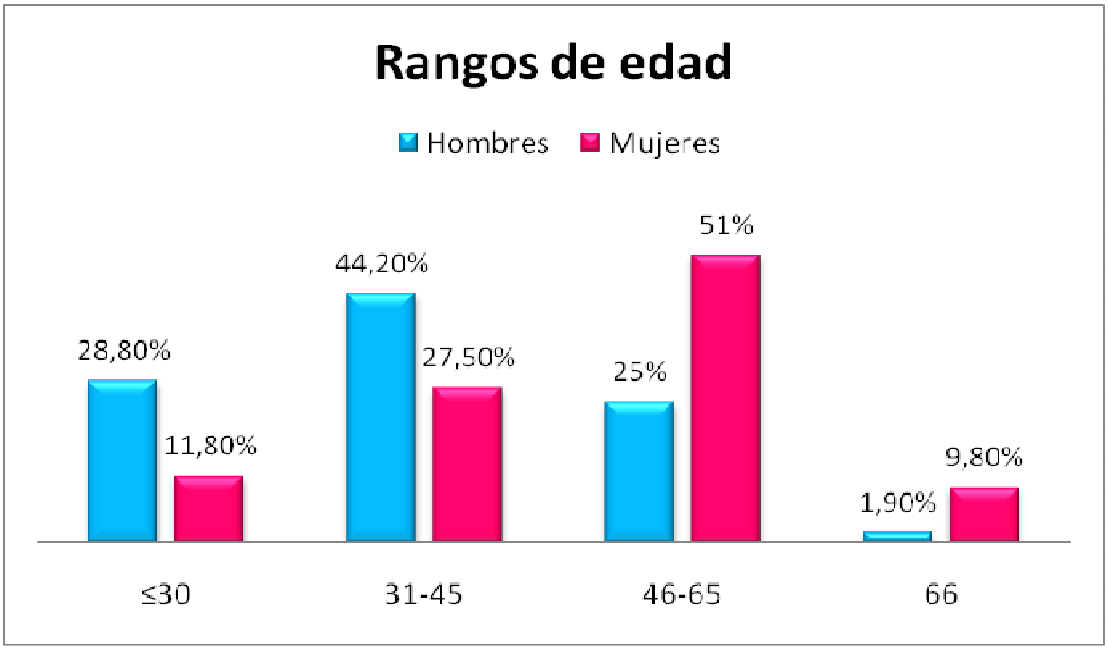


FIGURA 9: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de los rangos de edad

d) Estado civil

Con respecto al estado civil, entre las mujeres hay más divorciadas, viudas y casadas, mientras que los hombres tienen una mayor probabilidad de estar solteros (χ^2 =18,848; p<0,001) (tabla 50 y figura 10).

TABLA 50: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del estado civil

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Estado civil	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Casado	44	42,7	20	38,5	24	47,1	**18,848 (3)*** **	-0,4
Soltero	35	34,0	27	51,9	8	15,7		
Divorciado	15	14,6	3	5,8	12	23,5		
Viudo	9	8,7	2	3,8	7	13,7		
Total	103	100	52	100	51	100		

p< 0,001***

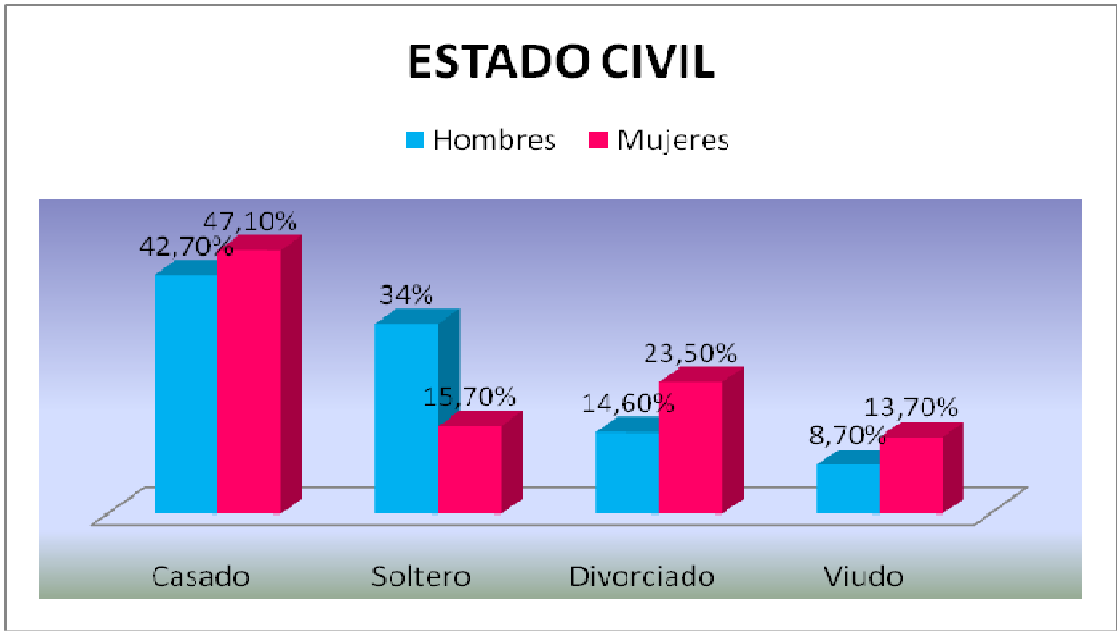


FIGURA 10: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del estado civil

e) Nivel educativo

No se han encontrado diferencias significativas en relación con el nivel educativo en función del sexo. La mayoría de los hombres y de las mujeres poseen estudios primarios (55,8% y 56% respectivamente) (tabla 51 y figura 11).

TABLA 51: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del nivel educativo

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Nivel educativo	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Sin estudios	5	4,9	2	3,8	3	6,0	
Primarios	57	55,9	29	55,8	28	56,0	1,112 (3)
Secundarios	30	29,4	17	32,7	13	26,0	
Universitarios	10	9,8	4	7,7	6	12,0	
Total	102	100	52	100	50	100	

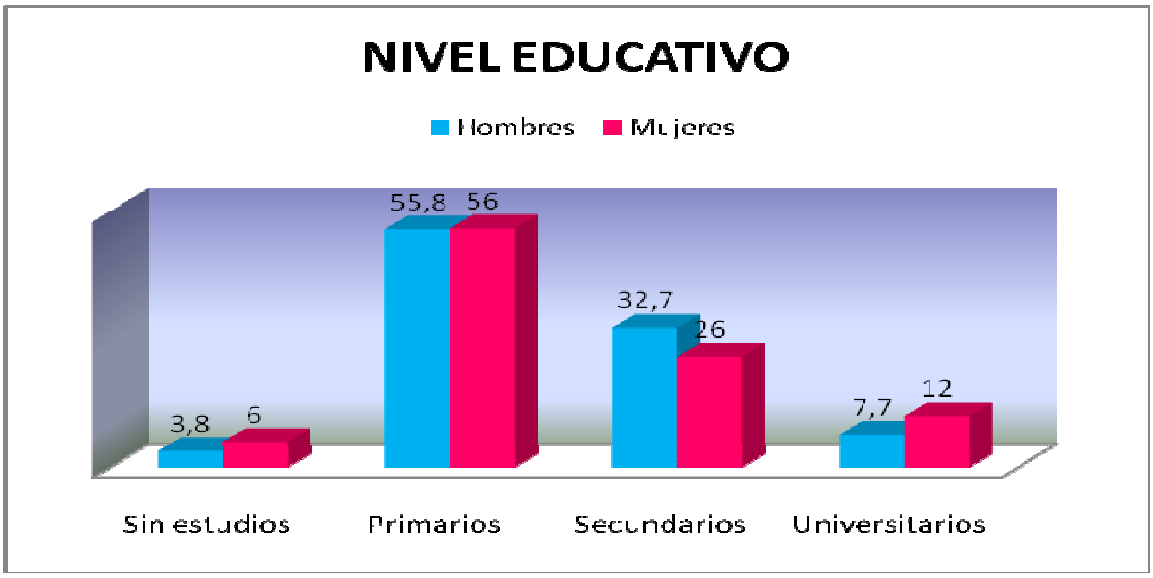


FIGURA 11: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del nivel educativo

f) Situación laboral

Como se puede observar en la tabla 52 y en la figura 12, a nivel laboral, no se han encontrado diferencias significativas entre los hombres y las mujeres ludópatas, estando la mayoría en activo. No obstante, el porcentaje de hombres que se encuentran en activo es superior al de las mujeres (61,5% y 41,7% respectivamente). Por otra parte, existe un porcentaje más elevado de mujeres (18,8%) que permanecen en situación de baja prolongada en comparación con los hombres (5,8%).

TABLA 52: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la situación laboral

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Situación laboral	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Activo	52	52,0	32	61,5	20	41,7	6,478 (3)
Desempleo	25	25,0	13	25,0	12	25,0	
Jubilación	11	11,0	4	7,7	7	14,6	
Baja prolongada	12	12,0	3	5,8	9	18,8	
Total	100	100	52	100	48	100	

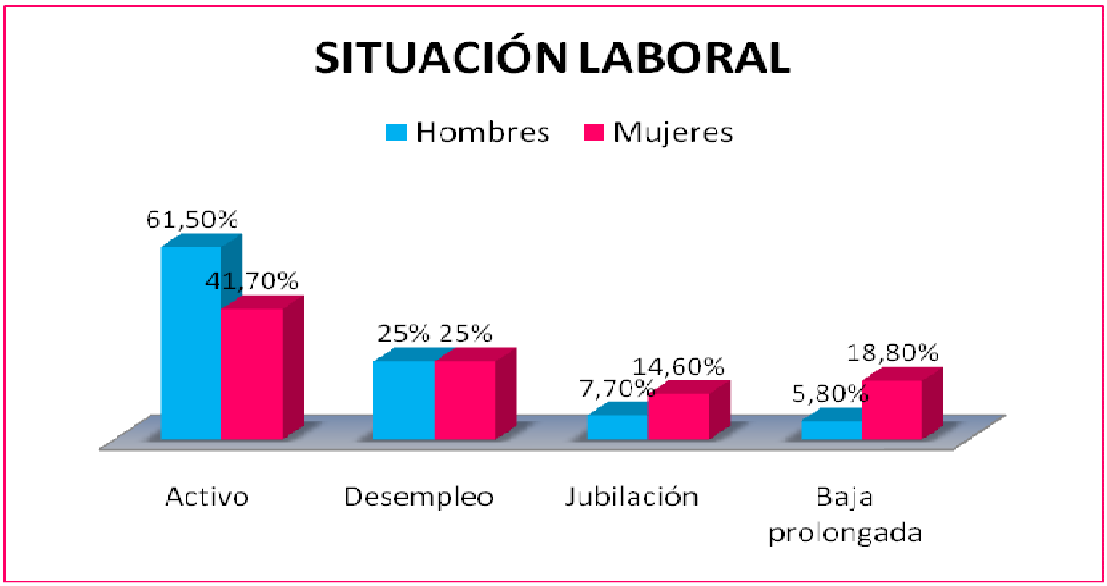


FIGURA 12: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la situación laboral

g) Nivel socioeconómico

En la tabla 53 y en la figura 13 se puede observar que hay diferencias significativas en cuanto al nivel socioeconómico entre los ludópatas en función del sexo, mostrando las mujeres un nivel socioeconómico inferior al de los hombres (χ^2=9,834; p<0,05).

TABLA 53: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del nivel socioeconómico

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Nivel socioeconómico	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Bajo	13	12,7	4	7,7	9	18,0		
Medio-bajo	16	15,7	4	7,7	12	24,0		
Medio	62	60,8	36	69,2	26	52,0	**9,834 (4)***	0,5
Medio-alto	8	7,8	6	11,5	2	4,0		
Alto	3	2,9	2	3,8	1	2,0		
Total	102	100	52	100	50	100		

p< 0,05*

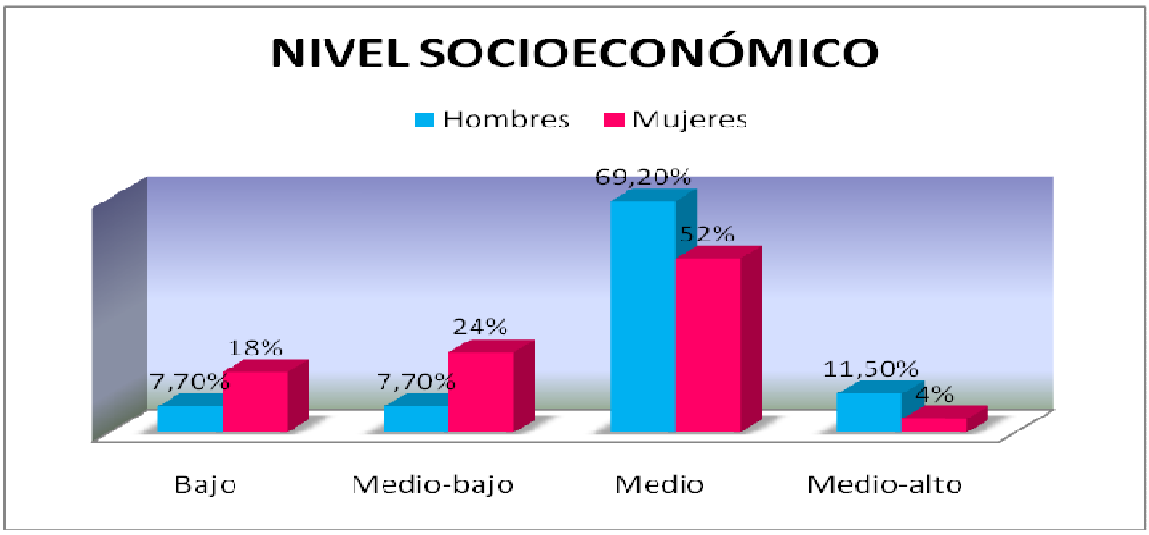


FIGURA 13: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del nivel socioeconómico

h) Apoyo social y familiar

Las mujeres, a diferencia de los hombres, cuentan con más apoyo familiar (χ^2=5,500; p<0,05) (tabla 54). No se han encontrado diferencias significativas, sin embargo, en cuanto al apoyo social entre los dos sexos (tabla 55).

TABLA 54: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del apoyo familiar

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Apoyo familiar	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Sí	86	83,5	39	75,0	47	92,2	**5,500 (1)***	-0,5
No	17	16,5	13	25,0	4	7,8		
Total	103	100	52	100	51	100		

p< 0,05*

TABLA 55: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del apoyo social

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Apoyo social	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	47	46,1	26	50	21	42	0,657 (1)
Sí	55	53,9	26	50	29	58	
Total	102	100	52	100	50	100	

i) Antecedentes familiares

Como se aprecia en las tablas 56 y 57, el 37,9% de la muestra total presenta antecedentes familiares de juego abusivo y el 35,9% posee antecedentes de abuso de alcohol en la familia de origen; sin embargo, no se han encontrado diferencias en estas variables entre los dos sexos.

i.1. Antecedentes de abuso de juego en la familia de origen

No existen diferencias significativas en función del sexo respecto al abuso de juego en la familia de origen. Aproximadamente en el 60% de los casos (tanto en los hombres como en las mujeres) no hay antecedentes familiares de juego (tabla 56).

TABLA 56: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de los antecedentes de abuso de juego en la familia

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Juego	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	64	62,1	32	61,5	32	62,7	0,016 (1)
Sí	39	37,9	20	38,5	19	37,3	
Total	103	100	52	100	51	100	

i.2) Antecedentes de abuso alcohol en la familia de origen en función del sexo

Respecto a los antecedentes de abuso de alcohol en la familia de origen, tampoco se evidencian diferencias significativas entre los hombres y las mujeres ludópatas. Tanto los hombres como las mujeres, en su mayoría, no poseen antecedentes familiares de abuso de alcohol (61,5% y 66,7% respectivamente) (tabla 57).

TABLA 57: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de los antecedentes de abuso de alcohol en la familia

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Alcohol	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	66	64,1	32	61,5	34	66,7	0,294 (1)
Sí	37	35,9	20	38,5	17	33,3	
Total	103	100	52	100	51	100	

3.2.2.2 Variables de juego

A continuación se analizan las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres ludópatas en relación con las variables de juego. En las tablas 58-64 se presentan los resultados obtenidos.

a) Curso del trastorno

Respecto al curso del trastorno, existen diferencias significativas en función del sexo en cuanto a la *edad de inicio del juego* (z=-4,443; p<0,001), la *edad de comienzo de trastorno* (z=-2,838; p<0,001) y el tiempo que transcurre desde el inicio del juego hasta que comienza a ser un problema (t=7,77; p<0,05). En concreto, la *edad de inicio en el juego* es más tardía en las mujeres (X=34,8; DT=14,61) que en los hombres (X=23,3; DT=34,76), así como la *edad de comienzo del trastorno* (X=40,4; DT=13,56 en las mujeres); (X=33,2; DT=13,08 en los hombres). El tiempo que transcurre desde el inicio del juego hasta que comienza a ser un problema es inferior en las mujeres (X=5,88; DT=6,48) que en los hombres (X=9,66; DT=9,74) (tabla 58 y figura 14). En cuanto a los meses de dependencia al juego (tiempo transcurrido desde el inicio del trastorno hasta la búsqueda de ayuda terapéutica), aunque las mujeres cuentan con más meses de dependencia (X=101,39; DT=115,47) (8 años) que los hombres (X=78,30; DT=83,33) (6 años), no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo (t=-0,516; p>0,05).

TABLA 58: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del curso evolutivo del juego

	N		HOMBRES		MUJERES			
Curso del trastorno	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Edad de inicio del juego	28,97	14,23	23,29	11,38	34,76	14,61	**-4,443*** **	-0,9
Edad de comienzo del trastorno	36,76	13,73	33,22	13,08	40,38	13,56	**-2,838** **	-0,5
Años inicio juego-inicio del trastorno	7,77	8,45	9,66	9,74	5,88	6,48	**2,28***	0,4
Meses de dependencia	89,73	100,68	78,30	83,33	101,39	115,47	-0,516	

p< 0,05* p< 0,01** p< 0,001***

z[1]: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.

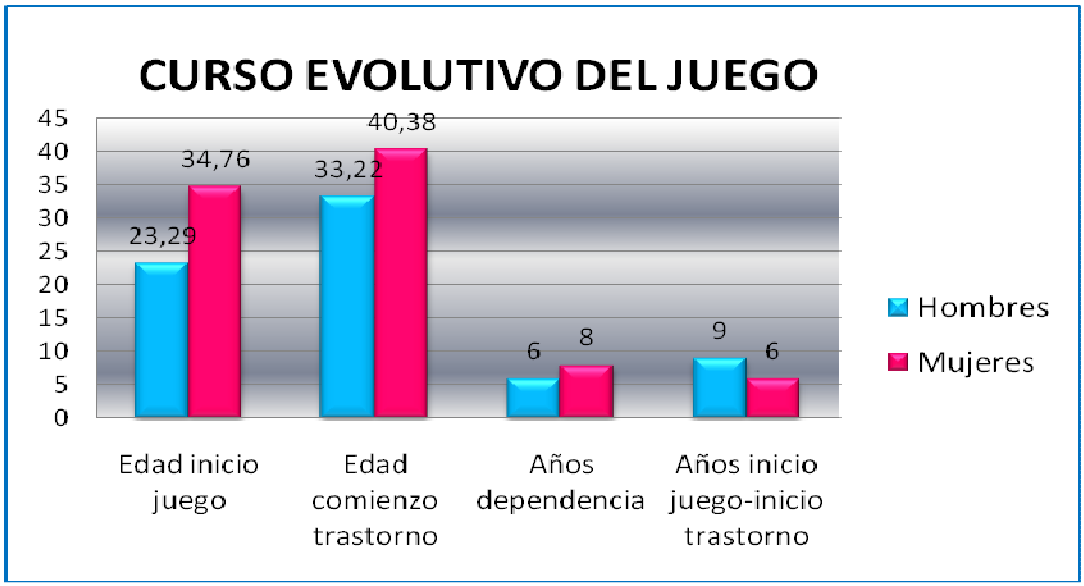


FIGURA 14: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del curso del evolutivo del juego

b) Acontecimiento desencadenante del comienzo del trastorno

Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, ha habido mayoritariamente un acontecimiento desencadenante del comienzo del trastorno (tabla 59). Los acontecimientos desencadenantes más significativos, en orden decreciente, han sido los conflictos y/o ruptura de pareja, la muerte de un familiar y las enfermedades o los problemas de salud.

TABLA 59: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del acontecimiento desencadenante

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Acontecimiento desencadenante	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	33	33,0	15	28,8	18	37,5	0,845 (1)
Sí	67	67,0	37	71,2	30	62,5	
Total	100	100	52	100	48	100	

c) Tipo de juegos

Como se puede observar en la tabla 60, al margen de que las máquinas sean el juego preferido en la muestra total, hay ciertas diferencias en cuanto a los tipos de juegos de azar elegidos en función del sexo. Los hombres tienden a jugar más a las máquinas tragaperras, mientras que las mujeres muestran un interés específico por el bingo (χ^2=23,383; p<0,001).

TABLA 60: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de los tipos de juegos

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Tipo de juegos	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Máquinas tragaperras	82	79,6	48	92,3	34	66,7	**23,383 (6)*** **	-0,3
Máquinas recreativas	2	1,9	0	0	2	3,9		
Bingo	13	12,6	0	0	13	25,5		
Casino	2	1,9	2	3,8	0	0		
Cartas	1	1,0	1	1,9	0	0		
Lotería	2	1,9	0	0	2	3,9		
Otros	1	1,0	1	1,9	0	0		
Total	103	100	52	100	51	100		

p< 0,001***

d) Motivación para jugar

Existen diferencias significativas entre los jugadores en cuanto a la motivación para jugar. Las motivaciones específicas para jugar en las mujeres son la soledad y la evasión de los problemas, mientras que la motivación principal para jugar en el caso de los hombres es el deseo de ganar dinero y la influencia del grupo social (χ^2=16,446; p<0,05) (tabla 61 y figura 15).

TABLA 61: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la motivación para jugar

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Tipo de juegos	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Soledad	16	16,0	4	8,0	12	24,0	**16,446 (7)***	0,5
Aburrimiento	27	27,0	12	24,0	15	30,0		
Tristeza	2	2,0	2	4,0	0	0		
Evasión	3	3,0	0	0	3	6,0		
Enfermedad	3	3,0	1	2,0	2	4,0		
Influencia social	17	17,0	10	20	7	14,0		
Ganancias	16	16,0	13	26,0	3	6,0		
Motivos múltiples	16	16,0	8	16,0	8	16,0		
Total	100	100	50	100	50	100		

p< 0,05*

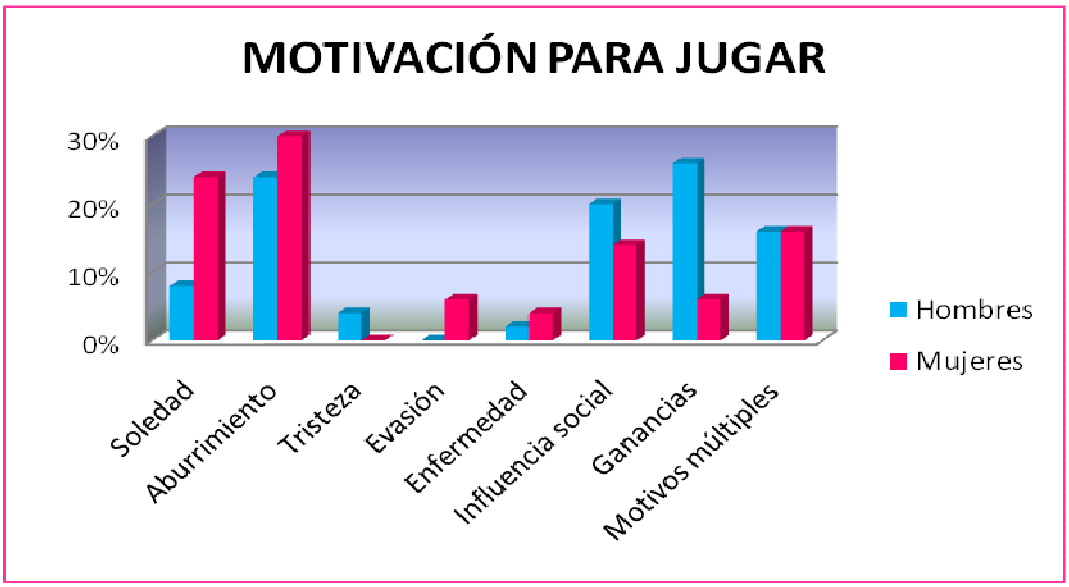


FIGURA 15: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la motivación para jugar

e) Distorsiones cognitivas

Como puede observarse en la tabla 62, la puntuación media obtenida en el Inventario de Pensamientos sobre el Juego, indica que no hay diferencias significativas en cuanto a las distorsiones cognitivas presentes entre hombres y mujeres en relación al juego. Esto es, las distorsiones cognitivas son muy abundantes en la muestra total de jugadores, pero no hay diferencias entre los sexos. En ambos casos presentan una puntuación media elevada (X=8,07; DT=3,57 en las mujeres); (X=7,62; DT=3,66 en los hombres).

TABLA 62: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de las distorsiones cognitivas

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		
Distorsiones cognitivas (IPJ)	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t/ z[1]**
Escala global (IPJ)	7,86	3,59	7,62	3,66	8,07	3,57	-0,552
Sesgos de conducta (IPJ)	6,52	3,08	6,20	3,15	6,83	3,01	-1,015
Sesgos relativos a la adicción (IPJ)	2,26	1,01	2,17	0,96	2,34	1,06	-0,583
Estilo atribucional (IPG)	2,74	1,48	2,57	1,42	2,91	1,52	-1,178

z[1]: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.

f) Dependencia al juego

La puntuación obtenida en el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) refleja la existencia de juego patológico entre los sujetos de la muestra. Sin embargo, no existen diferencias significativas en función del sexo (tabla 63).

TABLA 63: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la dependencia al juego

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		
Dependencia al juego (SOGS)	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
	9,98	3,19	10,33	3,59	9,63	2,70	1,067

g) Deuda

Aunque el 58,4% de los jugadores muestran deudas significativas relacionadas con el problema del juego, no existen diferencias significativas entre ambos sexos (tabla 64).

TABLA 64: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la deuda

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Deuda	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	42	41,6	21	41,2	29	58,0	0,007 (1)
Sí	59	58,4	30	58,8	21	42,0	
Total	101	100	51	100	50	100	

3.2.2.3 Variables de personalidad

En cuanto a las variables de personalidad, existen diferencias significativas entre los ludópatas en función del sexo. Las mujeres son más *ansiosas* (t=-2,946; p<0,01) y cuentan con un menor nivel de *autoestima* (t=3,266; p<0,001), mientras que los hombres son más *buscadores de sensaciones* (t=2,443; p<0,05) (tabla 65 y figura 16).

TABLA 65: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de las variables de personalidad

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES			
Variables personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t/ z^1**	**d**
Ansiedad (STAI-R)	30,04	11,41	26,88	10,94	33,27	11,06	**-2,946****	-0,6
Impulsividad (BIS-10)	63,70	16,57	61,88	16,53	66,16	16,53	-1,194	
Impulsividad motora	19,94	8,24	18,19	7,66	21,89	8,50	-2,278**	0,6
Impulsividad cognitiva	21,35	5,54	20,66	5,08	22,13	5,98	-1,293	
Impulsividad no planeada	23,21	6,80	23,39	7,13	22,97	6,44	-0,287	
Búsqueda sensaciones (EBS)	16,72	5,56	18,10	5,23	15,34	5,59	**2,443***	0,5
Búsqueda de emociones	3,77	2,79	4,54	2,45	3,00	2,93	2,848**	0,6
Búsqueda de experiencias	5,92	1,76	5,92	1,81	5,91	1,72	-0,077	
Desinhibición social	2,74	1,88	3,44	1,86	2,06	1,65	-3,780***	0,8
Susceptibilidad al aburrimiento	3,93	1,98	3,92	2,01	3,94	1,96	-0,041	
Autoestima (EA)	26,70	5,10	28,25	5,17	25,10	4,55	**3,266*****	0,6

p< 0,05* p< 0,01** p< 0,001***

z^1: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.

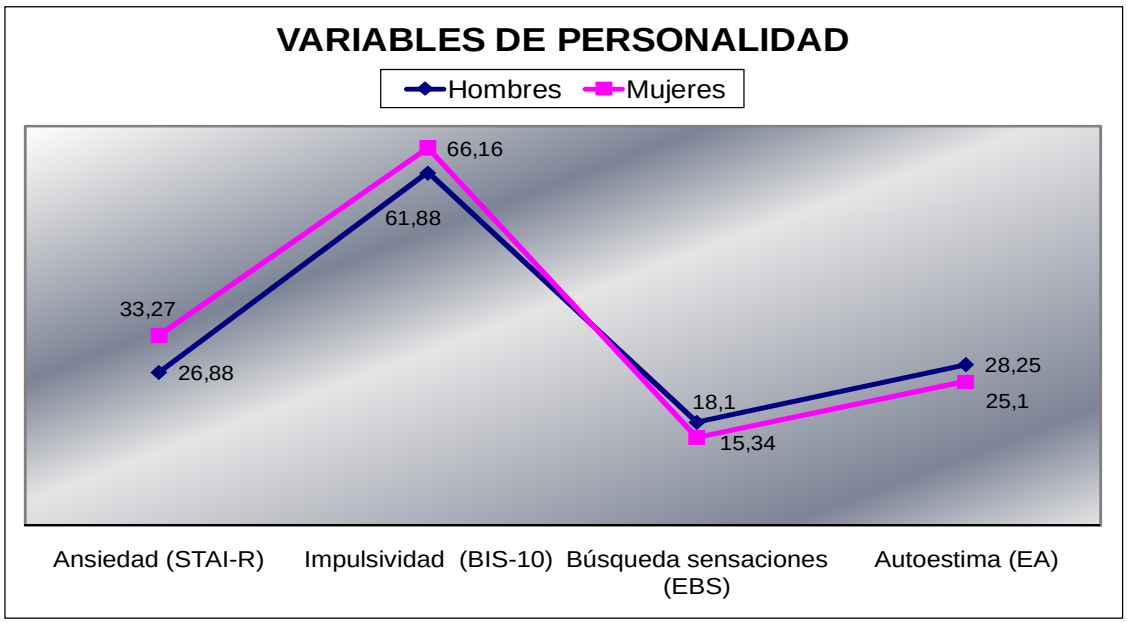


FIGURA 16: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de las variables de personalidad

3.2.2.4 Variables psicopatológicas

En este apartado se describe el perfil psicopatológico diferencial de los hombres y las mujeres ludópatas. Las variables psicopatológicas estudiadas son las siguientes: historia psiquiátrica anterior, ansiedad, depresión, inadaptación, abuso de alcohol y abuso de otras drogas. Los resultados figuran en las tablas 66-73.

a) Historia psiquiátrica anterior

En relación con los antecedentes psiquiátricos, las mujeres cuentan con una historia psiquiátrica (60,8%) con mayor frecuencia que los hombres (40,4%) (χ^2 =4,286; p< 0,05) (tabla 66).

TABLA 66: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la historia psiquiátrica anterior

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Hª psiquiátrica	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Sí	51	49,5	31	59,6	20	39,2	**4,286 (1)***	-0,5
No	52	51,5	21	40,4	31	60,8		
Total	103	100	52	100	51	100		

p< 0,05*

b) Tipo de historia psiquiátrica anterior

Como se puede observar en la tabla 67, no hay diferencias significativas en relación con el tipo de historia psiquiátrica anterior en función del sexo.

TABLA 67: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del tipo de historia psiquiátrica anterior

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
	N	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Ansiedad	12	24,0	6	35,3	6	18,2	
Depresión	15	30,0	5	29,4	10	30,3	
Ansiedad/Depresión	2	4,0	0	0	2	6,1	5,140 (5)
TDAH	3	6,0	2	11,8	1	3,0	
Otros	15	30,0	3	17,6	12	36,4	
Sin especificar	3	6,0	1	5,9	2	6,1	
Total	50	100	17	100	33	100	

c) Psicopatología actual

Las puntuaciones obtenidas en las escalas que evalúan la psicopatología asociada reflejan que las mujeres presentan un mayor nivel de *depresión* (t=-3,100; p<0,01) y que los hombres *abusan del alcohol* (z=-4,489; p<0,001) en mayor medida que las mujeres (tabla 68 y figura 17).

TABLA 68: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la psicopatología actual

	N		HOMBRES		MUJERES			
Psicopatología actual	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t/z[1]**	**d**
Ansiedad (STAI-E)	27,94	10,58	27,56	11,58	28,31	9,60	-0,356	
Depresión (BDI)	19,52	12,31	15,91	11,16	23,20	12,44	**-3,100****	-0,6
Escala Inadaptación (EI)	17,10	7,27	17,52	6,67	16,66	7,90	0,576	
Abuso de alcohol (AUDIT)	4,69	5,58	6,09	4,52	3,27	6,22	**-4,489*****	0,5

p< 0,01** p< 0,001***

z[1]: estadístico de la prueba U de Mann-Whitney (pruebas no paramétricas). En las variables en cursiva se ha aplicado z en lugar de t porque no responden a los criterios de normalidad y homocedasticidad.

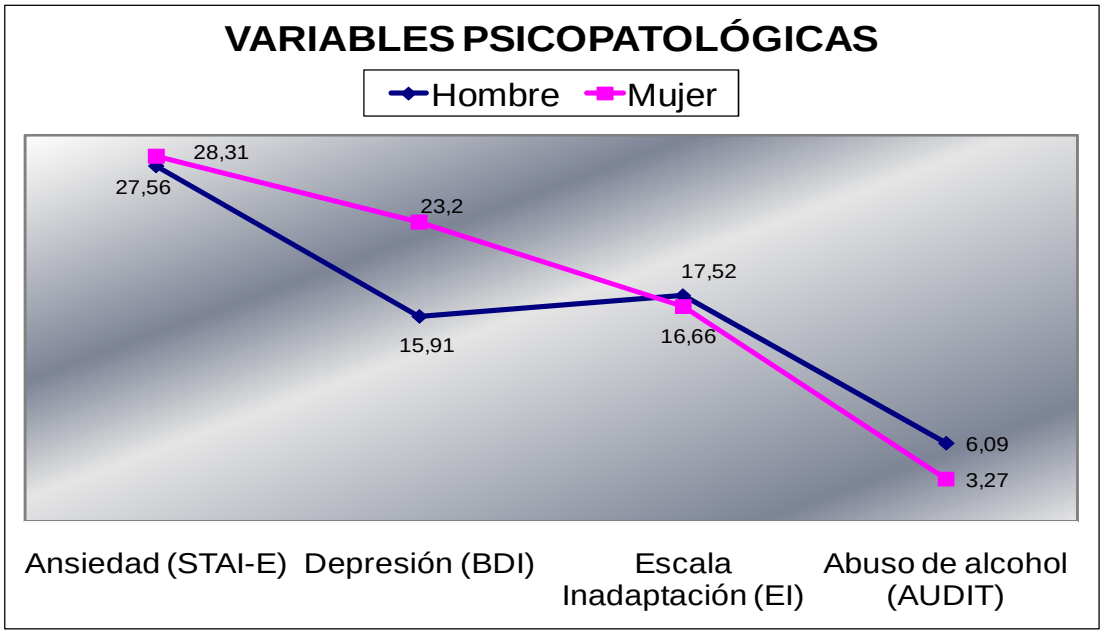


FIGURA 17: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la psicopatología actual

Con respecto al abuso de alcohol, es importante señalar que los resultados obtenidos en el análisis de chi-cuadrado indican que no existen diferencias significativas entre ambos sexos (tabla 69). Sin embargo, la comparación de las puntuaciones obtenidas en el AUDIT refleja que hay diferencias en cuanto al consumo de alcohol entre hombres y mujeres (tabla 68). Esto puede deberse a la tendencia a

negar la dependencia al alcohol por parte de los sujetos cuando son entrevistados.

TABLA 69: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del abuso de alcohol

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Alcohol	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	30	88,2	25	82,6	5	100	0,782 (1)
Sí	4	11,8	4	13,8	0	0	
Total	34	100	29	100	5	100	

En relación con el abuso de otras drogas, los hombres (29,5%) abusan de otras drogas en mayor medida que las mujeres (10,9%) (χ^2 =4,902; p<0,05) (tabla 70).

TABLA 70: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del abuso de otras drogas

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Otras drogas	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Sí	72	80,0	31	70,5	41	89,1	**4,902 (1)***	0,4
No	18	20,0	13	29,5	5	10,9		
Total	90	100	44	100	46	100		

p< 0,05*

La figura 18 representa gráficamente el porcentaje de hombres y mujeres que abusan del alcohol y de otras drogas.

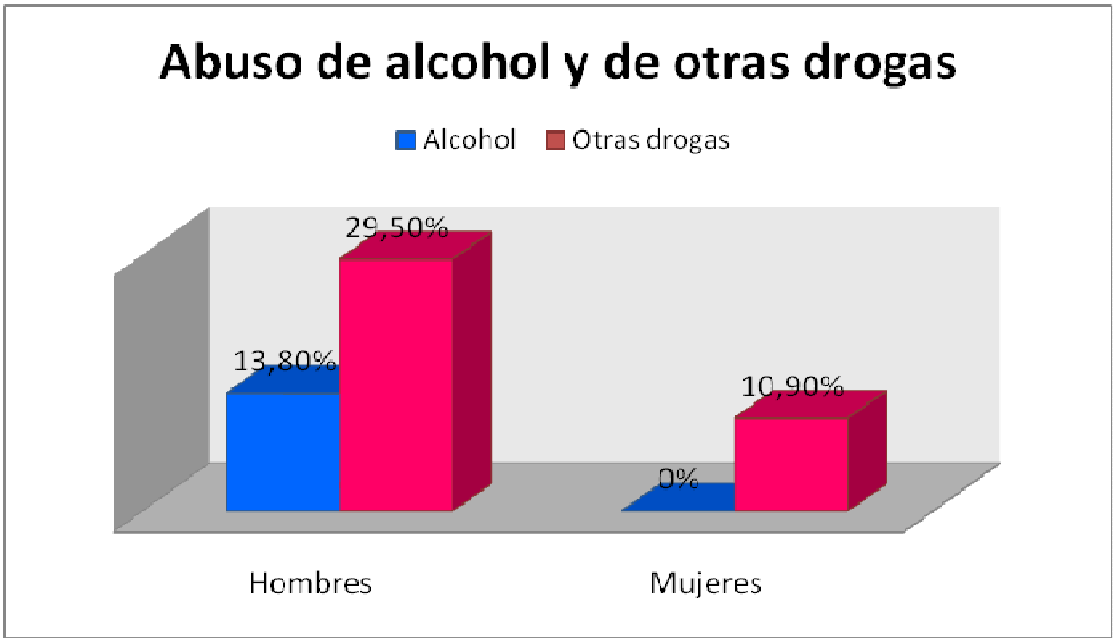


FIGURA 18: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función del abuso de alcohol y de otras drogas

d) Repercusiones psicológicas

En este apartado se analizan las repercusiones psicológicas derivadas de la ludopatía. Se han analizado las siguientes variables: afectación a los hijos y/o pareja, violencia de pareja y sentimientos de culpa. Los resultados obtenidos se exponen en las tablas 71, 72 y 73.

d.1) Afectación a los hijos/pareja

La repercusión negativa de la ludopatía en el ámbito familiar, y más específicamente en la relación de pareja, es similar entre los hombres y las mujeres. Aunque la puntuación obtenida en la Escala de Inadaptación en los ítems referentes a estas áreas refleja que existe inadaptación, no hay diferencias significativas en función del sexo (tabla 71).

TABLA 71: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la afectación a los hijos/pareja

	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		
	X	DT	X	DT	X	DT	z
EI-vida familiar	3,04	1,680	2,94	1,602	3,14	1,767	-0,503
EI- relación pareja	3,15	1,672	3,43	1,526	2,86	1,780	-1,679

d.2) Violencia de pareja

Como se puede apreciar en la tabla 72, existe violencia de pareja en un elevado porcentaje de mujeres (70%) en comparación con los hombres (13,5) (χ^2 =4,121; p<0,05).

TABLA 72: Diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas en función de la violencia de pareja

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)	d
Violencia de pareja	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**		
Sí	80	78,4	45	86,5	15	30,0	**4,121 (1)***	-0,4
No	22	21,6	7	13,5	35	70,0		
Total	102	100	52	100	50	100		

p< 0,05*

Las características sociodemográficas de las mujeres ludópatas que han sufrido violencia de pareja en comparación con las mujeres en cuyas parejas no existe violencia de pareja se describen en la tabla 73.

TABLA 73: Características sociodemográficas de las mujeres ludópatas víctimas de violencia de pareja

			Violencia de pareja			
			No		Sí	
	N	%	n	%	n	%
Rangos de edad						
<30	6	12,0	4	11,4	2	13,3
31-45	14	28,0	10	28,6	4	26,7
46-65	26	52,0	19	54,3	7	46,7
>66	4	8,0	2	5,7	2	13,3
Estado civil						
Casado	24	48,0	21	60,0	3	20,0
Soltero	8	16,0	7	20,0	1	6,7
Separado/divorciado	12	24,0	4	11,4	8	53,3
Viudo	6	12,0	3	8,6	3	20,0
Nivel educativo						
Sin estudios	3	6,1	3	8,8	0	0
Estudios primarios	28	57,1	17	50,0	11	73,3
Estudios secundarios	12	24,5	9	26,5	3	20,0
Estudios universitarios	6	12,2	5	14,7	1	6,7
Situación laboral						
Activo	20	42,6	17	51,5	3	21,4
Desempleo	12	25,5	9	27,3	3	21,4
Jubilación	6	12,8	3	9,1	3	21,4
Baja prolongada	9	19,1	4	12,1	5	35,7
Nivel socioeconómico						
Bajo	9	18,4	7	20,6	2	13,3
Medio-bajo	12	24,5	7	20,6	5	33,3
Medio	25	51,0	18	52,9	7	46,7
Medio-alto	2	4,1	1	2,9	1	6,7
Alto	1	2,0	1	2,9	0	0

En la tabla 74 se describen los resultados del modelo de regresión logística que analiza las variables asociadas a la violencia de pareja. El modelo incluye las variables independientes cuyo valor de *p* fue inferior a 0,05 ($p<0,05$) en los análisis bivariados. La violencia de pareja se asocia de manera significativa con la situación laboral. Concretamente, las mujeres que se encuentran en situación

de baja prolongada y/o jubiladas tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia de pareja, en comparación con las mujeres activas.

TABLA 74: Variables asociadas a la violencia de pareja en las mujeres

	β	B	IC 95% para B		p
			Inferior	Superior	
Edad	0,001	1,001	0,955	1,049	0,974
Nivel educativo	0,467	1,595	0,791	3,218	0,192
Situación laboral (ref.: Activo)					0,074
Desempleo	0,500	1,649	0,460	5,907	0,442
Jubilación	2,129	8,410	1,244	56,864	**0,029**
Baja prolongada	1,741	5,704	1,239	26,265	**0,025**

Variable dependiente: violencia de pareja

d.3) Culpa

El 94,2% de la muestra total manifiesta sentimientos de culpa, pero no hay diferencias entre los sexos. Es decir, tanto los hombres como las mujeres manifiestan sentimientos de culpa en un porcentaje muy elevado (92,3% y 96,1%, respectivamente) (tabla 75).

TABLA 75: Diferencias entre los hombres y mujeres ludópatas en función de la culpa

	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
Culpa	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No	6	5,8	4	7,7	2	3,9	0,667(1)
Sí	97	94,2	48	92,3	49	96,1	
Total	103	100	52	100	51	100	

En la tabla 76 se presenta un resumen de todas las variables analizadas en la muestra total de ludópatas, así como en las submuestras de mujeres jugadoras y hombres jugadores.

TABLA 76: Resumen de las variables en la muestra de ludópatas

	N		HOMBRES		MUJERES		t /χ^2 (gl)
Variables demográficas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t /χ^2**
Edad	43,09	13,30	38,73	12,13	47,53	13,08	**-3,539*** **
Rangos de edad							**13,038 (3)** **
Estado civil							**18,848 (3)*** **
Nivel educativo							1,112 (3)
Situación laboral							6,478 (3)
Nivel socioeconómico							**9,834 (4)***
Apoyo familiar							**5,500 (1)***
Apoyo social							0,657 (1)
Variables de juego	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t /χ^2**
Edad de inicio del juego	28,97	14,23	23,29	11,38	34,76	14,61	**-4,443*** **
Edad de comienzo de trastorno	36,76	13,73	33,22	13,08	40,38	13,56	**-2,838** **
Inicio juego-inicio trastorno	7,77	8,45	9,66	9,74	5,88	6,48	**2,28***
Meses de dependencia	89,73	100,68	78,30	83,33	101,39	115,47	-0,516
Acontecimiento desencadenante							0,845 (1)
Tipo de juegos							**23,383 (6)*** **
Motivación para jugar							**16,446 (7)***
Distorsiones cognitivas (IPJ)	7,86	3,59	7,62	3,66	8,07	3,57	-0,551
Dependencia al juego (SOGS)	9,98	3,19	10,33	3,59	9,63	2,70	1,067
Deuda							0,007 (1)
Antecedentes	**N**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	**t /χ^2**
Hª psiquiátrica anterior	52	51,5	21	40,4	31	60,8	**4,286 (1)***
Tipo de hª psiquiátrica anterior	50	100	17	100	33	100	5,140 (5)
Antecedentes familiares de juego	39	37,9	20	38,5	19	37,3	0,016 (1)
Antecedentes familiares de alcohol	37	35,9	20	38,5	17	33,3	0,294 (1)
Variables de personalidad	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-R)	30,04	11,41	26,88	10,94	33,27	11,06	**-2,946** **
Impulsividad (BIS-10)	63,70	16,57	61,88	16,53	66,16	16,53	-1,194
Búsqueda de sensaciones (EBS)	16,72	5,56	18,10	5,23	15,34	5,59	**2,443***
Autoestima (EA)	26,70	5,10	28,25	5,17	25,10	4,55	**3,266*** **
Variables psicopatológicas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t**
Ansiedad (STAI-E)	27,94	10,58	27,56	11,58	28,31	9,60	-0,356
Depresión (BDI)	19,52	12,31	15,91	11,16	23,20	12,44	**-3,100** **
Inadaptación (EI)	17,10	7,27	17,52	6,67	16,66	7,90	0,576
Abuso de alcohol (AUDIT)	4,69	5,58	6,09	4,52	3,27	6,22	**-4,489*** **
Abuso alcohol/otras drogas	**N**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**χ^2**
Abuso de alcohol	4	11,8	4	13,8	0	0	0,782 (1)
Abuso de otras drogas	18	20,0	13	29,5	5	10,9	**4,902 (1)***
Repercusiones psicológicas	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**X**	**DT**	**t /χ^2**
Afectación a los hijos	3,04	1,680	2,94	1,60	3,14	1,76	-0,503
Afectación a la pareja	3,15	1,672	3,43	1,52	2,86	1,78	-1,679
Violencia de pareja							**4,121 (1)***
Culpa							0,667(1)

p< 0,05* p< 0,01** p< 0,001**

Por último, con el objetivo de analizar la relación entre las diferentes variables asociadas al juego patológico (esto es, las variables sociodemográficas, de juego, de personalidad y psicopatológicas) en función del sexo, se ha utilizado un modelo de regresión logística (tabla 77).

Los resultados obtenidos indican que la variable "sexo" está relacionada con la presencia conjunta de las siguientes variables: ansiedad/rasgo, búsqueda de sensaciones y abuso de otras drogas. Concretamente, la variable de personalidad ansiedad/rasgo está asociada de manera significativa con el sexo femenino en la ludopatía (0,076; OR=1,079; IC 95%=1,029-1,131). Por el contrario, existe una mayor probabilidad de que las variables abuso de drogas (β=-1,839; OR=0,159; IC 95%=0,040-0,634) y búsqueda de sensaciones (β=-0,118; OR=0,889; IC 95%=0,809-0,977) estén relacionadas con el sexo masculino en los ludópatas.

TABLA 77: Variables asociadas al sexo

	β	B	IC 95% para B		p
			Inferior	Superior	
Ansiedad (STAI-R)	0,076	1,079	1,029	1,131	0,002
Búsqueda de sensaciones (EBS)	-0,118	0,889	0,809	0,977	0,015
Abuso de drogas	-1,839	0,159	0,040	0,634	0,009

Variable dependiente: Sexo

3.3 TASA DE ABANDONO DE LA EVALUACIÓN EN JUGADORES PATOLÓGICOS Y EN PACIENTES CON OTRAS PATOLOGÍAS SIN ADICCIONES

En este apartado se analiza la tasa de abandono de la evaluación de los jugadores patológicos, en comparación con un grupo clínico de control compuesto por pacientes con otro tipo de patologías sin adicciones.

Conviene señalar que el abandono de la evaluación, tanto en los jugadores patológicos como en los pacientes con otras patologías, se refiere al período comprendido entre la entrevista de información (acogida) y la primera entrevista de evaluación. Todas las entrevistas se han llevado a cabo en Centros Públicos de Salud Mental o en asociaciones sin ánimo de lucro.

3.3.1 TASAS DE ABANDONO DE LA EVALUACIÓN EN UNA MUESTRA DE JUGADORES PATOLÓGICOS

Como se puede observar en la tabla 78, aunque un 20,4% del total de ludópatas no han llegado a completar la evaluación, no ha habido diferencias significativas en el abandono entre hombres y mujeres. Abandonan la evaluación aproximadamente un 20% de jugadores en ambos casos.

TABLA 78: Diferencias entre hombres y mujeres ludópatas en función de la tasa de abandono de la evaluación

LUDÓPATAS	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
	N	%	n	%	n	%	
ABANDONADORES	20	20,2	10	20,4	10	20	0,003 (1)
COMPLETADORES	79	79,8	39	79,6	40	80	
TOTAL DE CASOS	99	100	40	100	50	100	

3.3.2 TASAS DE ABANDONO DE LA EVALUACIÓN EN UN GRUPO CLÍNICO DE CONTROL

Las tasas de abandono en el grupo clínico de control han sido del 3,3%, sin que haya habido diferencias entre hombres y mujeres (tabla 79).

TABLA 79: Diferencias entre hombres y mujeres del grupo clínico de control en función de la tasa de abandono de la evaluación

PACIENTES CON OTRAS PATOLOGÍAS[1]	N		HOMBRES		MUJERES		χ^2 (gl)
	N	%	n	%	n	%	
ABANDONADORES	16	3,3	6	3,2	10	3,3	0,001 (1)
COMPLETADORES	472	96,7	179	96,8	293	96,7	
TOTAL DE CASOS	488	100	185	100	303	100	

3.3.3 TASAS COMPARATIVAS DE ABANDONO DE LA EVALUACIÓN ENTRE UNA MUESTRA DE JUGADORES PATOLÓGICOS Y UN GRUPO CLÍNICO DE CONTROL

3.3.3.1 Comparación intergrupal en función de la tasa de abandono de la evaluación

Cuando se comparan las tasas de abandono de la evaluación entre los jugadores patológicos y otro tipo de pacientes con otras patologías (grupo clínico de control), los resultados reflejan que existen diferencias significativas entre ambos grupos. La tasa de abandono entre los jugadores patológicos (20,2%) es mucho más alta en comparación con el grupo clínico de control (3,3%) (χ^2=40,946; p<0,001) (tabla 80 y figura 19).

[1]El grupo clínico de control está formado por 488 pacientes con patologías diversas (sin adicciones) pertenecientes al Centro de Salud Mental Gasteiz-Centro/Este (año: 2008).

TABLA 80: Diferencias entre los jugadores patológicos y el grupo clínico de control en la tasa de abandono de la evaluación

TASAS DE ABANDONO DE LA EVALUACIÓN	LUDÓPATAS		PACIENTES CON OTRAS PATOLOGÍAS		χ^2 (gl)	d
	N	%	N	%		
ABANDONADORES	20	20,2	16	3,3	**40,946 (1)*** **	0,5
COMPLETADORES	79	79,8	472	96,7		
TOTAL DE CASOS	99	100	488	100		

p< 0,001***

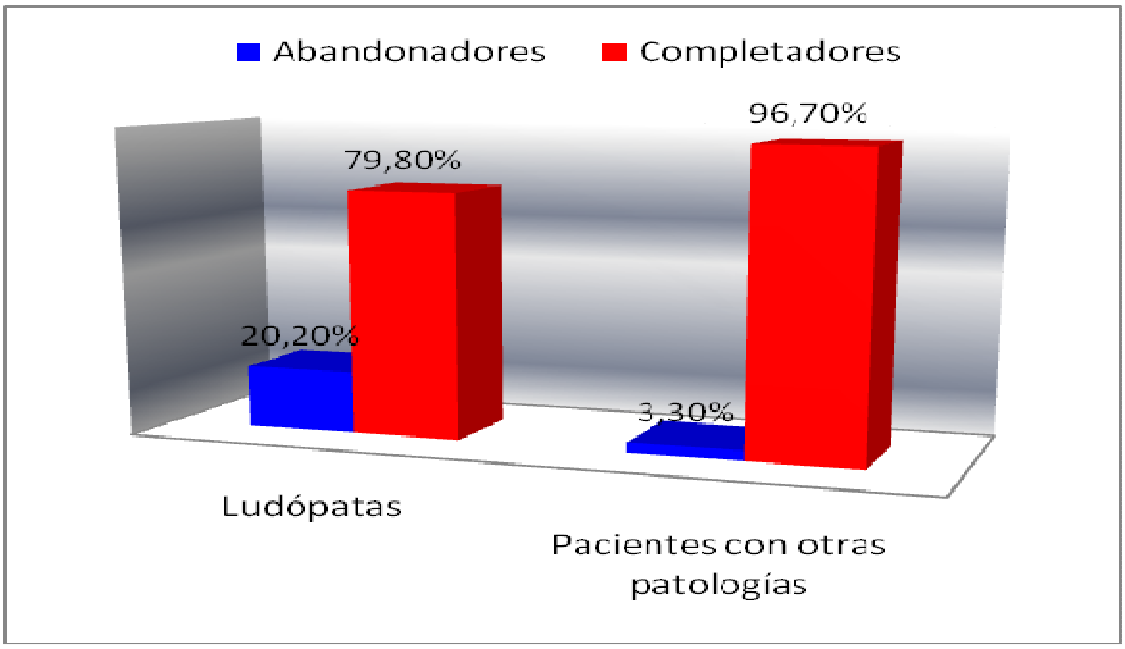


FIGURA 19: Diferencias entre los jugadores patológicos y el grupo clínico de control en la tasa de abandono de la evaluación

3.3.3.2 Comparación intergrupal en función de la tasa de abandono de la evaluación y el sexo

Como se puede apreciar en las tablas 81 y 82 y en la figura 20, existen diferencias significativas en la tasa de abandono entre jugadores patológicos y otro tipo de pacientes con otras patologías (grupo clínico de control) en función del sexo. Tanto las mujeres como los hombres ludópatas presentan una tasa de abandono más alta que los pacientes con otros trastornos sin adicciones. El 20% de

las mujeres ludópatas, en comparación con el 3,3% de las mujeres con otras patologías, abandonan la evaluación (χ^2=22,394; p<0,001). Del mismo modo, el porcentaje de hombres ludópatas que abandonan la evaluación es del 20,4%, en comparación con el 3,2% de los hombres con otras patologías (χ^2=17,918; p<0,001).

TABLA 81: Diferencias entre la muestra de jugadores patológicos y el grupo clínico de control en la tasa de abandono de la evaluación (mujeres)

TASAS DE ABANDONO DE LA EVALUACIÓN	MUJERES LUDÓPATAS		MUJERES CON OTRAS PATOLOGÍAS		χ^2 (gl)	d
	n	%	n	%		
ABANDONADORES	10	20	10	3,3	**22,394 (1)*** **	0,5
COMPLETADORES	40	80	293	96,7		
TOTAL DE CASOS	50	100	303	100		

p< 0,001***

TABLA 82: Diferencias entre la muestra de jugadores patológicos y el grupo clínico de control en la tasa de abandono de la evaluación (hombres)

TASAS DE ABANDONO DE LA EVALUACIÓN	HOMBRES LUDÓPATAS		HOMBRES CON OTRAS PATOLOGÍAS		χ^2 (gl)	d
	n	%	n	%		
ABANDONADORES	10	20,4	6	3,2	**17,918 (1)*** **	0,5
COMPLETADORES	39	79,6	179	96,8		
TOTAL DE CASOS	49	100	185	100		

p< 0,001***

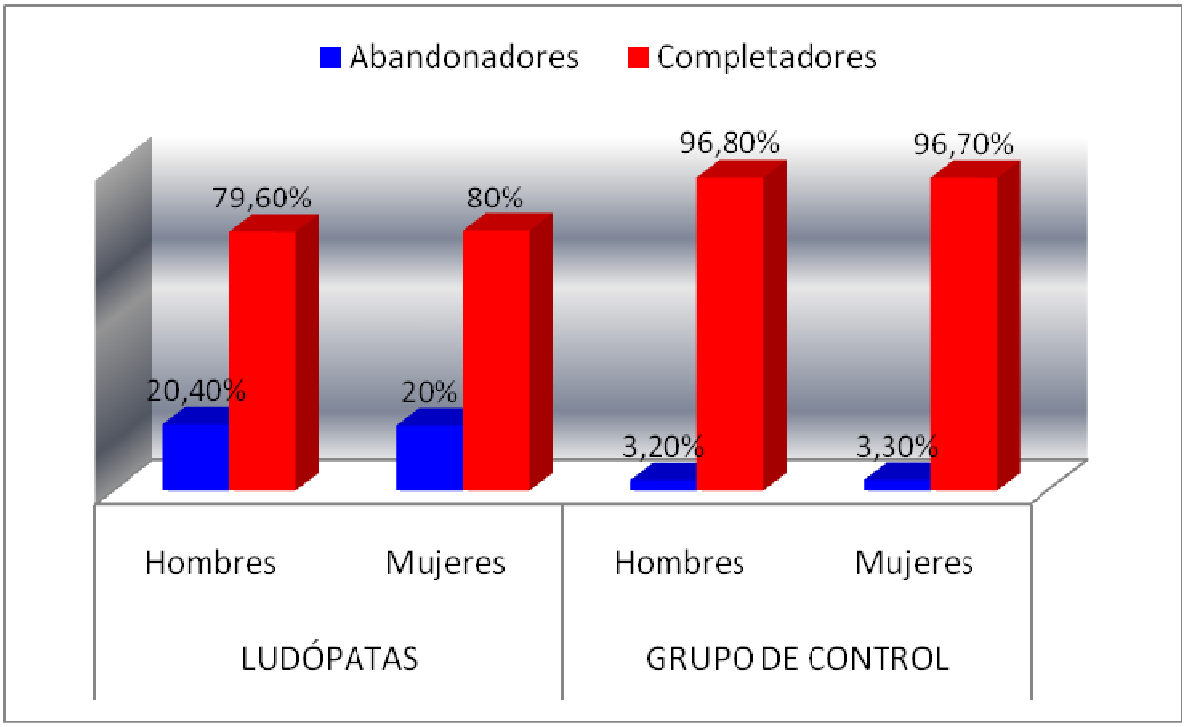


FIGURA 20: Diferencias entre los jugadores patológicos y el grupo clínico de control en la tasa de abandono de la evaluación en función del sexo

ESTUDIO EMPÍRICO:

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4.1 Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas en esta investigación en relación con los objetivos y las hipótesis formuladas, así como con los resultados alcanzados.

- **OBJETIVO 1º:** Comparar las características sociodemográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos con un grupo de control normativo.

    - **Hipótesis**: Habrá diferencias significativas entre los jugadores patológicos y el grupo de control con respecto a las variables *sociodemográficas*, de *personalidad* y *psicopatológicas*.

En cuanto a las *variables sociodemográficas*, los jugadores tienen un nivel educativo inferior (estudios primarios) a los sujetos del grupo de control (estudios secundarios/universitarios). A nivel laboral, no hay diferencias en la situación laboral entre el grupo de jugadores y los sujetos del grupo de control. Sin embargo, cuando se diferencian los dos grupos en función del sexo, las mujeres jugadoras muestran un nivel más bajo de actividad laboral (especialmente, debido a las bajas prolongadas) que las del grupo de control. Por otra parte, el nivel socioeconómico es similar (de tipo medio) en ambos grupos cuando se comparan en conjunto. Sin embargo, cuando se diferencian los dos grupos en función del sexo, las mujeres jugadoras muestran un nivel más bajo que las del grupo de control. Por último, los jugadores (35,9%) muestran más antecedentes de abuso de alcohol en la familia de origen que los sujetos del grupo de control (13,7%).

En relación con las *variables de personalidad*, los jugadores son más ansiosos e impulsivos y cuentan con un menor nivel de autoestima que los sujetos del grupo de control.

Desde una *perspectiva psicopatológica*, respecto al historial psiquiátrico, los jugadores cuentan con un historial psiquiátrico (50,5%) más frecuentemente que los sujetos del grupo de control (13,6%). En cuanto a la situación psicopatológica actual, los jugadores muestran una sintomatología ansioso-depresiva mayor y están peor adaptados a la vida cotidiana que los sujetos del grupo de control. En relación con el consumo abusivo de alcohol, no hay diferencias entre los dos grupos. Sin embargo, cuando se diferencian los dos grupos en función del sexo, los hombres jugadores abusan más del alcohol que los no jugadores. Respecto al consumo de otras drogas, los jugadores de uno y otro sexo abusan más del consumo que los sujetos del grupo de control. Por último, las mujeres jugadoras sufren o han sufrido violencia de pareja con mucha más frecuencia (70%) que las no jugadoras.

- **OBJETIVO 2º:** Analizar las características sociodemográficas, de juego, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos en función del sexo.

    - **Hipótesis**: Las diferencias de la mujer respecto al hombre en el ámbito del juego patológico se manifestarán en diversos planos: las *características sociodemográficas*, *los tipos de juego* implicados, *la motivación para jugar*, *la adquisición y el desarrollo del trastorno*, el *tipo de psicopatología asociada* y las *repercusiones psicológicas* experimentadas.

Los hombres y las mujeres ludópatas presentan diferencias en su *perfil sociodemográfico*. Las mujeres tienen una edad más alta (X=47,5) que los hombres (X=43,1). En concreto, el rango de edad más frecuente en las mujeres es el de 46-65, mientras que en los hombres predominan los rangos de 31-45 y de menores de 30. En cuanto al estado civil, entre las mujeres hay más divorciadas, viudas y casadas; y entre los hombres, más solteros. El nivel socioeconómico es más bajo en mujeres que en hombres. Con respecto a los antecedentes familiares de juego y alcohol, el 37,9% de la muestra total presenta antecedentes de juego abusivo y el 35,9% de abuso de alcohol en la familia de origen, pero no hay diferencias entre los sexos. Por último, las mujeres cuentan con mayor apoyo familiar que los hombres. No hay diferencias, sin embargo, respecto al apoyo social.

En lo que se refiere a las *variables de juego*, la edad de inicio en el juego es más tardía en las mujeres (X=34,8) que en los hombres (X=23,3), así como la edad de comienzo del trastorno (40,4 en el caso de las mujeres; 33,2 en el caso de los hombres). El tiempo que transcurre desde el inicio del juego hasta que comienza a ser un problema es inferior en las mujeres (X=5,88) que en los hombres (X=9,66). En cuanto a los meses de dependencia al juego (tiempo transcurrido desde el inicio del trastorno hasta la búsqueda de ayuda terapéutica), aunque las mujeres cuentan con más años de dependencia (8 años) que los hombres (6 años), no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. Por lo tanto, las mujeres tardan más en empezar a jugar, pero *se enganchan* al juego antes. Respecto al tipo de juego, al margen de que las máquinas sean el juego preferido en la muestra total, las mujeres muestran un interés específico por el bingo; los hombres, por las máquinas tragaperras. Las motivaciones específicas para jugar en las mujeres son la soledad y la evasión de los problemas; en

los hombres, el deseo de ganar dinero y la influencia del grupo social. Por otra parte, las distorsiones cognitivas relacionadas con el juego son muy abundantes en la muestra de jugadores, pero no hay diferencias entre los sexos. Asimismo el 58,4% de los jugadores muestran deudas significativas, pero no hay diferencias entre los sexos.

En cuanto a las *variables de personalidad*, las mujeres son más ansiosas y cuentan con un menor nivel de autoestima; los hombres son más buscadores de sensaciones.

A un *nivel psicopatológico*, las mujeres cuentan con una historia psiquiátrica (60,8%) con mayor frecuencia que los hombres (40,4%). Los problemas psicopatológicos actuales en las mujeres son de tipo depresivo, mientras que los de los hombres están relacionados con el abuso de alcohol y de otras drogas. El 94,2% de la muestra total manifiestan sentimientos de culpa, pero no hay diferencias entre los sexos.

Las repercusiones negativas de la ludopatía, concretamente en el ámbito familiar, y más específicamente en la relación de pareja, son similares entre los hombres y las mujeres. Sin embargo, existe *violencia de pareja* en un 70% de las mujeres ludópatas (especialmente entre las que se encuentran en situación de baja prolongada y/o jubiladas), en comparación con los hombres.

Por último, se han identificado *factores de riesgo* específicos de la conducta de juego en función del sexo. Concretamente, la variable de personalidad ansiedad/rasgo está asociada de manera significativa con el sexo femenino en la ludopatía; mientras que el abuso de alcohol/drogas y la búsqueda de sensaciones están relacionados con el sexo masculino en los ludópatas.

- **OBJETIVO 3º:** Contrastar la tasa de abandono de la evaluación de los jugadores patológicos en tratamiento con otro tipo de pacientes con otras patologías no adictivas, con el fin de conocer la motivación para el tratamiento de los ludópatas.

    - **Hipótesis:** La tasa de abandonos de la evaluación será más alta entre los jugadores patológicos que entre otro tipo de pacientes con otras patologías no adictivas, lo que conlleva una motivación para el tratamiento más baja entre los ludópatas.

En lo que respecta a la *motivación para el tratamiento,* un 20% del total de ludópatas no han llegado a completar la evaluación, pero no ha habido diferencias en el abandono entre hombres y mujeres. Por el contrario, las tasas de abandono en el grupo clínico de control han sido del 3,3%, sin que haya habido diferencias entre hombres y mujeres. La conclusión es que los pacientes ludópatas, independientemente del sexo, tienden a abandonar la evaluación (y, por tanto, el tratamiento) con mucha más frecuencia que otros pacientes no afectados por ludopatía u otro tipo de trastornos adictivos.

En resumen, las diferencias entre los hombres y las mujeres ludóptas se manifiestan en diversos planos. A nivel sociodemográfico, las mujeres ludópatas tienen una edad más alta, un nivel socioeconómico más bajo y mayor apoyo familiar que los hombres. Con respecto a las variables de juego, la edad de inicio en el juego y la edad de comienzo del trastorno son más tardías en las mujeres, pero, aunque tardan más en empezar a jugar, se enganchan antes. Las mujeres muestran más interés por el bingo; los hombres, por las máquinas tragaperras. Las mujeres juegan más por la soledad y la evasión de los problemas; los hombres, por el deseo de ganar dinero

y la influencia del grupo social. En cuanto a las variables de personalidad, las mujeres son más ansiosas y cuentan con menor autoestima, mientras que los hombres son más buscadores de sensaciones. Desde una perspectiva psicopatológica, las mujeres tienen más ansiedad y depresión; sin embargo, los hombres abusan más del alcohol y de otras drogas. Por otra parte, los jugadores tienen más antecedentes psiquiátricos, en especial las mujeres, que la población general. Asimismo existe un alto porcentaje de violencia de pareja entre los ludópatas en comparación con la población general. Es decir, las mujeres jugadoras sufren violencia de pareja con más frecuencia que las no jugadoras.

Por último, los ludópatas, independientemente del sexo tienden a abandonar el tratamiento con mucha más frecuencia que otro tipo de pacientes con otras patologías no adictivas.

A continuación se detallan las hipótesis confirmadas en relación con los resultados obtenidos en esta investigación (tabla 1).

TABLA 1. CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis	Confirmación
1. Habrá diferencias significativas entre los jugadores patológicos y el grupo de control con respecto a las variables sociodemográficas, de personalidad y psicopatológicas.	SÍ
1.1 Habrá diferencias significativas entre los jugadores patológicos y el grupo de control con respecto al **nivel educativo**, la situación laboral y el nivel socioeconómico.	Parcial[1]
1.2 Los jugadores patológicos, en comparación con el grupo de control normativo, tendrán puntuaciones más altas en ansiedad-rasgo, búsqueda de sensaciones e impulsividad, así como un menor nivel de autoestima.	SÍ
1.3 Los jugadores patológicos presentarán niveles más elevados **de ansiedad** y **depresión,** y estarán **peor adaptados a la vida cotidiana** que el grupo de control. Asimismo, entre los ludópatas habrá un mayor consumo de alcohol y de **otras drogas**.	Parcial[2]
2. Las diferencias de la mujer respecto al hombre en el ámbito del juego patológico se manifestarán en diversos planos: las	Parcial[1]

[2] En las hipótesis confirmadas parcialmente figura en negrita la parte de la hipótesis que ha sido confirmada

características sociodemográficas, los **tipos de juego** implicados, la motivación para jugar, la **adquisición y el desarrollo del trastorno**, el tipo de **psicopatología asociada** y las repercusiones psicológicas experimentadas.	
2.1 Las mujeres ludópatas presentarán una edad media por encima de los hombres, y el estado civil predominante será el de casadas; por el contrario, los hombres tendrán una mayor probabilidad de estar solteros.	SÍ
2.2 Los hombres ludópatas mostrarán una preferencia por las máquinas recreativas, mientras que las mujeres se sentirán más atraídas por los bingos.	SÍ
2.3 Los hombres tenderán a jugar motivados por la búsqueda de sensaciones y para **ganar dinero**. Las mujeres, por el contrario, recurrirán al juego para hacer frente a **problemas personales** (soledad, aburrimiento) y familiares (mala relación de pareja), así como para afrontar un estado de ánimo ansioso-depresivo.	Parcial[1]
2.4 La edad de inicio en el juego, así como la edad de comienzo del trastorno, será más tardía en las mujeres que en los hombres.	SÍ

2.5 En los hombres el juego estará asociado a rasgos de impulsividad y a abuso de alcohol y drogas. En las mujeres, sin embargo, el juego patológico estará ligado a una sintomatología ansioso-depresiva.	SÍ
3. La tasa de abandonos de la evaluación será más alta entre los jugadores patológicos que entre otro tipo de pacientes con otras patologías no adictivas, lo que conlleva una motivación para el tratamiento más baja entre los ludópatas.	SÍ

4.2 Discusión

En consonancia con la hipótesis global del estudio, existen diferencias en el perfil psicopatológico de los ludópatas en función del sexo. Las diferencias de la mujer respecto al hombre en el ámbito del juego patológico se manifiestan en las características sociodemográficas, las variables de juego (los tipos de juego implicados, la motivación para jugar, la adquisición y el desarrollo del trastorno) y las características clínicas (variables de personalidad y psicopatológicas).

En la línea de otros estudios (Dowling, Smith y Thomas, 2006) los hombres y las mujeres ludópatas presentan diferencias en su ***perfil sociodemográfico*.**

Con respecto a la *edad* de los jugadores, a pesar de que algunos estudios reflejan que no hay diferencias significativas con respecto a la edad de los ludópatas en función del sexo (Granero et al., 2009; Llinares et al., 2006; Martins et al., 2002; Saskatchewan Health, 2002; Tavares et al., 2001), hemos encontrado que la edad de las mujeres (X=47,5) es superior a la de los hombres (X=43,1). Estos resultados son consistentes con los obtenidos en otros estudios (Crisp et al., 2000; Desai y Potenza, 2008; Grant y Kim, 2004; Ladd y Petry, 2002; Potenza et al., 2001). El rango de edad más frecuente en las mujeres es el de 46-65 años; es decir, la mayoría de las mujeres son de mediana edad (Bulcke, 2007; Piquette-Tomei et al., 2007; Weis y Petry, 2008). Por el contrario, los hombres presentan una edad más joven (Blanco et al., 2006; Nelson et al., 2006; Nower y Blaszczynski, 2006), en torno a los 40 años como media de edad (Granero et al., 2008; Weis y Petry, 2008), predominando los rangos de 31-45 años y de menores de 30.

En cuanto al *estado civil,* al igual que ocurre en otros estudios, tanto los hombres como las mujeres están en su mayoría casados (Granero et al., 2009; Grant y Kim 2002; Ladd y Petry, 2002). Sin embargo, entre las mujeres hay más divorciadas, viudas (Blanco et al., 2006; Desai y Potenza, 2008; Weis y Petry, 2008; Bulcke, 2007) y casadas (Bulcke, 2007; Crisp et al., 2004; Dannon et al., 2006; Petry, 2002; Weis y Petry, 2008); y entre los hombres, más solteros (Desai y Potenza, 2008; Weis y Petry, 2008).

Se ha sugerido que el *nivel educativo* tiende a ser más bajo entre las mujeres en comparación con los hombres jugadores (Desai y Potenza, 2008; Arbinaga, 2000). Sin embargo, en concordancia con otros estudios (Blanco et al., 2006; Ladd y Petry, 2002; Llinares et al., 2006; Nower y Blaszcynski, 2006; Potenza et al., 2001; Weis y Petry, 2008), no hemos encontrado diferencias significativas en función del sexo en esta variable. La mayoría de los hombres y de las mujeres (el 56% de los casos) poseen estudios primarios. Este resultado es coincidente con lo obtenido en otros estudios, como el llevado a cabo por Granero et al. (2009), en donde el 60,1% de los hombres y de las mujeres también contaba con estudios primarios.

A *nivel laboral* no existen diferencias significativas entre los hombres y las mujeres ludópatas, estando la mayoría en activo. Otros estudios tampoco han encontrado diferencias entre los jugadores en función del sexo en relación con la situación laboral (Blanco et al., 2006; Ladd y Petry, 2002; Nower y Blaszcynski, 2006; Potenza et al., 2001). No obstante, existe un porcentaje más elevado de mujeres que permanecen en situación de baja prolongada (el 19%) en comparación con los hombres (6%). Este hallazgo es consistente con otros estudios que indican que el porcentaje de mujeres que se encuentran en situación de desempleo es más elevado (Desai y Potenza, 2008; Granero et al., 2009; Llinares et al.,

2006; Nower y Blaszczynski, 2006). Esto sugiere que el desempleo en las mujeres ludópatas puede estar relacionado con los problemas con el juego, no siendo así en el caso de los hombres (Westphal y Johnson, 2000).

Por lo que respecta al *nivel socioeconómico*, los resultados confirman lo encontrado en estudios previos (Blanco et al., 2006; Desai y Potenza, 2008; Ladd y Petry, 2002; Nelson et al., 2006; Nower y Blaszcynski, 2006; Potenza et al., 2001). Es decir, las mujeres muestran un nivel socioeconómico más bajo en comparación con los hombres.

Por otra parte, se ha observado que los *antecedentes familiares de alcohol y juego* son una variable predictora del juego patológico en su aparición, desarrollo y recuperación (Becoña, Fuentes y Lorenzo, 1993). Frecuentemente, tanto los hombres como las mujeres ludópatas presentan antecedentes de *juego* (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Grant y Kim, 2001; Ladd y Petry, 2002; Teo, Mythily, Anantha y Winslow, 2007) y de *alcohol* en la familia (Becoña y Gestal, 1996; Bombín, 1992; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996; Ladd y Petry, 2002; Sáiz, Moreno y López-Ibor, 1992; Schreiber, Odlaug, Kim y Grant, 2009). Especialmente, los padres de los ludópatas muestran problemas con el juego y/o problemas de abuso o dependencia al alcohol (Schreiber, Odlaug, Kim y Grant, 2009).

Sin embargo, en la línea de otros estudios (Llinares et al., 2006) no hemos encontrado antecedentes familiares de juego entre los jugadores patológicos y, a su vez, no existen diferencias significativas en función del sexo respecto al abuso de alcohol en la familia de origen. Aproximadamente en el 60% de los casos (tanto en los hombres como en las mujeres) no hay antecedentes familiares de

juego. Asimismo tanto los hombres como las mujeres, en su mayoría, no poseen antecedentes familiares de abuso de alcohol (61,5% y 66,7% respectivamente).

Con respecto a las ***variables de juego***, las diferencias en función del sexo se manifiestan en todas las variables analizadas (los tipos de juego al que son adictos, la motivación para jugar, la adquisición y el desarrollo del trastorno, así como los factores de riesgo y contención para el juego patológico).

Hay ciertas diferencias en cuanto a los *tipos de juegos* de azar elegidos por los hombres y las mujeres ludópatas (Blanco et al., 2006; Grant y Kim, 2002; Hing y Breen, 2001; Ibáñez et al., 2003; Nower y Blaszczynski, 2006; Potenza et al., 2001). En consonancia con estudios previos, al margen de que las máquinas tragaperras sean el juego preferido tanto por hombres como mujeres, los hombres tienden a jugar a juegos activos e inmediatos, como las máquinas tragaperras (Becoña, 1999; Desai, Maciejewski, Dausey, Cone y Potenza, 2004; Hing y Breen, 2002; Ibáñez, Blanco, Moreryra y Sáiz-Ruiz, 2003; Jiménez-Murcia et al., 2007) y las mujeres, a juegos pasivos, menos interpersonales e interactivos, como el bingo (Becoña, 1999; Blanco et al., 2006; Crisp et al., 2004; Grant y Kim, 2002; Hing y Breen, 2001; Ibáñez et al., 2003; Jiménez-Murcia et al., 2007; Ladd y Petry, 2002; LaPlante et al., 2006; Nower y Blaszcynski, 2006; Petry, 2003; Potenza et al., 2001).

Teniendo en cuenta las características de las mujeres ludópatas, el bingo, en comparación con otros juegos de azar, se ha descrito como la forma de juego idónea para ellas, puesto que se considera la situación más confortable y la estrategia óptima para el aislamiento y la evasión de los problemas (Crisp et al., 2004; Grant y Kim, 2002; LaPlante et al., 2006; Potenza et al., 2001; Tavares et

al., 2001). Sin embargo, si las mujeres han optado por autodenunciarse para no poder entrar en bingos y casinos, el riesgo de adicción a las máquinas tragaperras aumenta. Esto podría explicar a nivel hipotético que en la muestra de mujeres las máquinas tragaperras sean el juego de primera elección y el bingo, la segunda opción de juego.

Por otra parte, la diversidad en función del sexo se refleja en las diferencias con respecto a las *motivaciones para jugar*. En las mujeres las motivaciones específicas son la soledad y la evasión de los problemas; en los hombres, el deseo de ganar dinero y la influencia del grupo social. Numerosos estudios han encontrado que, en general, los hombres tienden a jugar para ganar dinero (Blanco et al., 2006; Crisp et al. 2000; 2004; Grant y Kim 2002; Ibáñez et al., 2003; Ledgerwood y Petry, 2006), mientras que las mujeres recurren al juego para hacer frente a problemas personales tales como la soledad (Davis, 2002; Grant y Kim, 2002; Piquette-Tomei et al., 2007; Scannell et al., 2000) y la evasión de los problemas (como una mala relación de pareja, un marido enfermo o adicto al juego o al alcohol, etc.) (Ibáñez et al., 2003).

En relación con el *curso del trastorno*, hay algunos aspectos diferenciales significativos entre los hombres y las mujeres ludópatas. Coincidiendo con estudios previos, las mujeres presentan una edad de inicio en el juego más tardía (X=34,8) que los hombres (X=23,3). Asimismo la edad de comienzo del trastorno también es más tardía en las mujeres. Sin embargo, aunque las mujeres se inician más tardíamente en el juego, desarrollan problemas más rápidamente y la progresión hacia el trastorno es más rápida que en el caso del hombre. Es decir, las mujeres tardan más en empezar a jugar, pero *se enganchan* al juego antes (Blanco et al., 2006; Crisp et al., 2004; Granero et al., 2009; Grant y Kim, 2002; Hing y Breen, 2001; Ibáñez

et al., 2003; Kessler et al., 2008; Ladd y Petry, 2002; Martins et al., 2002; Nelson et al., 2006; Nower y Blaszczynski, 2006; Petry, 2002; Potenza et al., 2001, 2006; Tavares et al., 2001, 2003).

En cuanto a las ***variables de personalidad***, tanto los hombres como las mujeres muestran un elevado nivel de impulsividad. Sin embargo, por lo que a la diferencia de sexos se refiere, en este estudio las mujeres son más ansiosas, a diferencia de lo observado en otros estudios (Llinares et al., 2006), y cuentan con un menor nivel de autoestima. Los hombres, por el contrario, son más buscadores de sensaciones. Diferentes estudios han encontrado niveles altos de búsqueda de sensaciones en los hombres (Blaszczynski, Steel y McConaghy, 1997), lo cual puede facilitar el contacto inicial (Gupta y Deverensky, 1998) y la persistencia con el juego (Álvarez-Moya et al., 2007). Por otra parte, el elevado nivel de ansiedad/rasgo en las mujeres estaría relacionado con las conductas de evitación/escape y la preocupación anticipatoria sobre un posible peligro. Asimismo el bajo nivel de autoestima se asocia con un bajo nivel de autonomía y de autocontrol, que incluyen habilidades tales como la responsabilidad de las propias decisiones, la disponibilidad de los recursos de afrontamiento, la autoestima y la eficacia (Álvarez-Moya et al., 2007; Ibáñez et al., 2003; Ladd y Petry, 2002).

A ***nivel psicopatológico***, las mujeres cuentan con una historia psiquiátrica con mayor frecuencia que los hombres. En relación con los problemas psicopatológicos actuales, los hallazgos encontrados muestran, de manera consistente con otros estudios, que las mujeres presentan un mayor nivel de sintomatología depresiva (Blanco et al., 2006; Dannon et al., 2006; Desai y Potenza, 2008; Ibáñez et al., 2001, 2003; Getty, Watson y Frisch, 2000; Granero et al., 2009; Ledgerwood y Petry, 2006; Llinares et al., 2006; Martins et al., 2000; Petry, Stinson y Grant, 2005; Tavares et al., 2003; Wenzel y Dahl,

2009; Westphal et al., 2000). Esto reforzaría la idea de que las mujeres juegan para escapar de sus emociones negativas, desarrollando el juego patológico en un intento de aliviar los síntomas ansioso-depresivos (Granero et al., 2009; Ledgerwood y Petry, 2006; Petry et al., 2005).

Asimismo se ha sugerido que las mujeres ludópatas presentan un mayor nivel de ansiedad en comparación con los hombres (Blanco et al., 2006; Dannon et al., 2006; Desai y Potenza, 2008; Getty et al., 2000; Granero et al., 2009; Ibáñez et al., 2003; Ledgerwood y Petry, 2006; Petry, Stinson y Grant, 2005; Potenza et al., 2001, 2006; Tavares et al., 2003; Wenzel y Dahl, 2009). Sin embargo, en base a otros estudios (Potenza et al., 2001; Heater y Patton, 2006; Llinares et al., 2006), no aparecen diferencias en función del sexo con respecto a la comorbilidad con trastornos de ansiedad y juego patológico.

Por otra parte, los hombres abusan del alcohol y de otras drogas en mayor medida que las mujeres. Numerosos estudios sostienen que los hombres presentan más problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas en comparación con las mujeres (Blanco et al., 2006; Dannon, Lowengrub, Aizer y Kotler, 2006; Desai et al., 2006; Getty et al., 2000; Heater y Patton, 2006; Ibáñez et al., 2003; Potenza et al., 2001; Tavares et al., 2003). No obstante, existen resultados contradictorios. Algunos estudios indican que tanto los hombres como las mujeres ludópatas muestran tasas similares con respecto al abuso de tabaco, alcohol y abuso de otras drogas (Granero et al., 2009; Grant y Potenza, 2005; Martins et al., 2004). Otros estudios, por el contrario, sostienen que la comorbilidad entre el juego patológico y el abuso de alcohol y de otras drogas se asocia a las mujeres (Desai et al., 2005; Gerstein et al., 1999; Petry,

Stinson y Grant, 2005; Potenza et al., 2002; Potenza, Maciejewski y Mazure, 2006).

Por último, en el análisis de regresión logística se han identificado ***factores de riesgo*** específicos de la conducta de juego en función del sexo. Concretamente, la variable de personalidad ansiedad/rasgo está asociada de manera significativa con el sexo femenino en la ludopatía. Se ha observado que con frecuencia las mujeres ludópatas manifiestan preocupación anticipatoria sobre un posible peligro y conductas de evitación pasiva (Álvarez-Moya et al., 2007; Ibáñez et al., 2003; Ladd y Ladd y Petry, 2002). Por el contrario, existe una mayor probabilidad de que las variables abuso de alcohol/drogas y búsqueda de sensaciones estén relacionadas con el sexo masculino en los ludópatas. Diferentes estudios han encontrado niveles altos de búsqueda de sensaciones o impulsividad, que no parecen tan significativos en las mujeres (Blaszczynski, Steel y McConaghy, 1997). En estos casos la búsqueda de sensaciones podría facilitar el contacto inicial con el juego (Gupta y Deverensky, 1998). Al mismo tiempo, muchos estudios indican que los hombres presentan más problemas relacionados con el abuso de alcohol/drogas que las mujeres (Desai y Potenza, 2008; Potenza, 2001).

Con respecto a las ***repercusiones de la ludopatía***, tanto en el hombre como en la mujer ludópata, el juego patológico conlleva una serie de consecuencias negativas en las diferentes áreas de la vida (a nivel personal, familiar, social, laboral, económico y legal). Estos problemas se manifiestan de modo diferente entre los hombres y las mujeres.

A nivel *personal*, el juego patológico suele ir acompañado de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, tales como el consumo de alcohol y drogas en los hombres y la depresión en las mujeres.

En el caso de la mujer ludópata, el sufrimiento causado por las pérdidas económicas y la inseguridad de ser descubierta en su adicción generan un estado de irritabilidad, de nerviosismo y de inestabilidad emocional. Asimismo las mentiras y los autoengaños relacionados con el juego acentúan la sensación de inutilidad y deterioran la autoestima de la mujer ludópata, facilitando la aparición de un estado de ánimo deprimido, que, en ocasiones, es preexistente, pero que, en otras, es resultado de la degradación personal y del rechazo familiar y social que experimenta la mujer como consecuencia de la adicción (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005).

La bibliografía refleja que el estigma social negativo, acentuado en el caso de la mujer, contribuye a un mayor aislamiento social, que es resultado del intento de la mujer de ocultar su realidad ante otras personas y del rechazo social de las personas de su entorno (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005). Sin embargo, curiosamente, no hemos encontrado diferencias significativas en función del sexo en relación con el apoyo familiar y social de los ludópatas. De hecho, las mujeres cuentan con mayor apoyo familiar que los hombres (en un 92% de los casos). Este hallazgo no se corresponde con lo observado en estudios previos, lo cual puede deberse a la percepción sesgada de la persona sobre la disponibilidad del apoyo y el apoyo real con el que cuenta. Es importante diferenciar el apoyo percibido del apoyo real. Asimismo otra de las explicaciones puede estar relacionada con el hecho de que la mayoría de los estudios previos que analizan el apoyo familiar se centran en el apoyo con el que cuenta la mujer

ludópata por parte de la pareja, mientras que la mujer puede disponer del apoyo de otras personas significativas a nivel familiar (hermanos, hijos, tíos, etc.).

Por otra parte, las consecuencias emocionales relacionadas con los problemas de juego se manifiestan como sentimientos de culpa, vergüenza o miedo (Lesieur y Blume, 1991). En este sentido, tanto los hombres como las mujeres manifiestan sentimientos de culpa por jugar en un porcentaje muy elevado (92,3% y 96,1%, respectivamente), a diferencia de lo observado en estudios previos, que sostienen que estos sentimientos son más acentuados en el caso de la mujer (Piquette-Tomei et al., 2007).

En relación con las consecuencias a nivel *laboral*, los estudios indican que la mujer, en comparación con el hombre, presenta serios problemas laborales (Petry, 2002). La disminución del rendimiento laboral, con inasistencias o retrasos e incumplimiento de las tareas profesionales, pone en peligro su estabilidad laboral (Corral, Echeburúa e Irureta, 2005). En este sentido, los problemas con el juego podrían explicar el mayor porcentaje de mujeres que permanecen en situación de baja prolongada (19%) en comparación con los hombres (6%).

En cuanto al área *económica*, los estudios muestran resultados contradictorios en relación con las repercusiones económicas relacionadas con el juego en función del sexo. Algunos estudios sostienen que las mujeres presentan más problemas que los hombres a nivel económico (Nower y Blaszcynski, 2006; Petry, 2002; Potenza et al., 2001). Otros estudios, sin embargo, reflejan que tanto los hombres como las mujeres experimentan una gran variedad de problemas económicos (Crisp et al., 2000; Grant y Kim, 2002; Heater y Patton, 2006; Ibáñez et al., 2003) y altas tasas de deuda

relacionadas con el juego (Potenza, 2001; Weis y Petry, 2008). En la línea de estos estudios, encontramos que el 58,4% de los jugadores de ambos sexos muestran deudas significativas.

Por último, al igual que otros estudios (Abbott et al., 1995; Crisp et al., 2001; Custer y Milt, 1985; Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000; Heineman 1989; Korn y Shaffer, 1999; Lesieur y Rothchild, 1989), encontramos repercusiones negativas en el ámbito *familiar*, y más específicamente en la *relación de pareja*. Sin embargo, no aparecen diferencias en función del sexo; es decir, la repercusión es similar entre los hombres y las mujeres. Este hallazgo no es consistente con lo encontrado en estudios previos, que han señalado que las repercusiones del juego pueden ser más negativas en la familia de la mujer ludópata, especialmente en los niños, debido a la mayor implicación de la mujer con la familia. Otros estudios, sin embargo, sugieren que son los hombres los que tienen más problemas con la familia puesto que gastan más dinero en el juego (Becoña, 1999; Crisp et al., 2004; Granero et al., 2009). En relación con las repercusiones en la pareja, en el caso de la mujer ludópata la reacción del marido o de la pareja es mucho más intransigente que cuando es él quien tiene problemas con el juego (Custer y Milt, 1985). En este contexto encontramos que existe *violencia de pareja* en un 70% de las mujeres ludópatas (especialmente entre las mujeres que se encuentran en situación de baja prolongada y/o jubiladas), confirmando lo observado en otros estudios previos (Korman et al., 2007; Toneatto y Skinner, 2000). Este dato resulta especialmente llamativo cuando la prevalencia de mujeres maltratadas mayores de 18 años en la población normal en España, según el Instituto de la Mujer (2006), es del 9,6%.

* * *

Con respecto al segundo bloque de esta investigación, comparamos las características sociodemográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos con un *grupo de control* normativo, apareado con la muestra clínica en función de las variables de sexo y rangos de edad.

Las diferencias entre los ludópatas y la población normal han sido descritas por otros estudios, como el llevado a cabo por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2006), donde observaron que los jugadores patológicos presentan unos niveles de impulsividad y ansiedad significativamente superiores a los de la población normativa, así como una mayor tendencia a abusar del alcohol.

Los principales hallazgos de este estudio, en relación con las diferencias entre los ludópatas y la población normal, sugieren que los jugadores son más ansiosos e impulsivos y cuentan con un menor nivel de autoestima que los sujetos del grupo de control. El nivel de impulsividad, significativamente superior al de la población normativa, refleja la importancia de la impulsividad en la conceptualización y el tratamiento del juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006). Desde una perspectiva psicopatológica, los jugadores tienen más antecedentes psiquiátricos (especialmente las mujeres), presentan una mayor sintomatología ansioso-depresiva y están peor adaptados a la vida cotidiana que los sujetos del grupo de control. Además, los hombres jugadores abusan más del alcohol que los no jugadores, y tanto los hombres como las mujeres ludópatas abusan más de otras drogas que la población normal. Por último, las mujeres jugadoras sufren violencia de pareja con más frecuencia que las no jugadoras.

* * *

Finalmente, el objetivo del tercer y último bloque de esta investigación era analizar la tasa de abandono de la evaluación de los jugadores patológicos. Para ello seleccionamos un grupo clínico de control compuesto por pacientes con otras patologías no adictivas atendidos en un Centro de Salud Mental.

El interés de analizar esta variable deriva del hecho de que en las conductas adictivas es frecuente que muchos de los pacientes no acuden a tratamiento y de los que acuden, una parte importante lo abandona, especialmente después de la primera o primeras sesiones. Se ha observado que la tasa de abandonos del tratamiento puede oscilar en torno al 20% (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2001). Esto refleja la escasa conciencia de enfermedad en estos pacientes y la mala adherencia al tratamiento. En este sentido, si la persona no reconoce que tiene una problema con el juego o minimiza su dependencia (y considera, por tanto, que no necesita ayuda, no va a comenzar o va a terminar abandonando el tratamiento de forma prematura.

Los resultados obtenidos muestran que los ludópatas tienden a abandonar la evaluación en un 20% de los casos. Sin embargo, no ha habido diferencias en el abandono entre hombres y mujeres. Esto nos se corresponde con lo observado en estudios previos, que reflejan que las mujeres, a diferencia de los hombres, a pesar de que inicialmente ocultan más el problema, una vez que lo reconocen, creen que la ayuda profesional es necesaria y tienen una mayor probabilidad de terminar el tratamiento (Kessler et al., 1981).

Por otra parte, cuando se comparan las tasas de abandono de la evaluación entre los jugadores patológicos y otro tipo de pacientes con otras patologías, se puede observar que los ludópatas abandonan con mucha más frecuencia que otro tipo de pacientes con otras patologías no adictivas.

Es decir, los pacientes ludópatas, independientemente del sexo, tienden a abandonar la evaluación (y, por tanto, el tratamiento) con mucha más frecuencia que otros pacientes no afectados por ludopatía u otro tipo de trastornos adictivos, lo que conlleva una motivación para el tratamiento más baja entre los ludópatas.

* * *

A modo de resumen, los resultados obtenidos en la investigación reflejan la existencia de un perfil psicopatológico diferencial entre el hombre y la mujer ludópata. Existen características sociodemográficas, clínicas y rasgos de personalidad específicos en los jugadores patológicos en función del sexo. Asimismo las diferencias de la mujer respecto al hombre se manifiestan en los tipos de juego implicados y la motivación para jugar, así como en la adquisición y el desarrollo del trastorno. Estos hallazgos sugieren que el sexo conlleva factores que determinan mecanismos etiopatogénicos distintos en el juego patológico. Conocer el perfil psicopatológico de los hombres y las mujeres ludópatas puede servir para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más eficaces para el juego patológico.

* * *

Esta investigación presenta algunas limitaciones.

Este estudio se ha llevado a cabo con una muestra de jugadores patológicos en tratamiento. En este sentido, la limitación principal está relacionada con la generalización de los resultados obtenidos. Hay que tener en cuenta que los jugadores patológicos en tratamiento podrían no ser representativos del total de los jugadores procedentes de la población general.

Sin embargo, puesto que la muestra de jugadores proviene de una variedad de localidades españolas y centros de tratamiento, los resultados de este estudio pueden ser generalizados al subgrupo de jugadores patológicos que están en tratamiento. No obstante, a nivel metodológico, aunque el tamaño de la muestra no es insuficiente, en futuros estudios un mayor tamaño muestral aseguraría que los resultados sean más representativos de la población.

El género es un constructo ambiguo que puede cambiar en el tiempo y en los diferentes contextos sociales. Futuras investigaciones podrían enriquecer estos resultados empleando un diseño longitudinal para abordar el potencial papel mediador del sexo en la evolución clínica del curso del trastorno.

Asimismo esta investigación se ha centrado principalmente en el perfil psicopatológico diferencial de los ludópatas en función del sexo. Sin embargo, en el estudio de las diferencias entre los hombres y las mujeres ludópatas también se debe considerar la influencia de muchos otros factores relacionados con el juego (biológicos, genéticos, sociales y ambientales).

En base a los hallazgos obtenidos en esta investigación, los principales retos de futuro en este ámbito son diseñar estrategias motivacionales para atraer a las mujeres al tratamiento, contar con instrumentos de detección temprana (de aplicación, por ejemplo, en el ámbito de los Centros de Atención Primaria -dada la presencia de muchos síntomas psicosomáticos en las mujeres ludópatas-, los Servicios Sociales, el Instituto de la Mujer, etc.) y desarrollar programas de tratamiento orientados específicamente a las necesidades diferenciales del hombre y la mujer ludópata.

Por otra parte, un reto de futuro es diseñar estrategias motivacionales de retención para el tratamiento de los ludópatas. Más allá de la prevención de recaídas, la retención de los pacientes durante el tratamiento, especialmente en las primeras sesiones, constituye una prioridad. Asimismo el estudio específico de los abandonos del tratamiento constituye un camino prometedor (Ladouceur, Grosselin, Laberge y Blaszczynski, 2001).

Por último, una línea sugerente de investigación está relacionada con la adicción al juego por Internet. En la actualidad, la tasa de juego por Internet, en comparación con otro tipo de juegos, es más baja (Welte, Barnes, Wieczorek et al., 2002; Wardle, Sproston, Orford et al., 2007). Sin embargo, los estudios sugieren que es posible que el juego por Internet crezca de manera exponencial durante las próximas décadas. Se ha hipotetizado que Internet aumenta la probabilidad de jugar y que, a su vez, puede dar lugar al juego problemático (LaPlante y Shaffer, 2007). El anonimato del usuario, la accesibilidad al juego, la mayor sensación de control y la falta de regulación aplicada por los servicios de apuestas *on-line* sugieren que el juego por Internet podría facilitar el desarrollo de problemas relacionados con el juego (Baumeister, Vohs y Funder, 2007; Girwood, 2002; Griffiths, 2003; Watson, Pearson, Moore et al.,

2004). Además, Internet aumenta la probabilidad de jugar entre determinados segmentos de la población (LaPlante y Shaffer, 2007; Petry, 2006; Petry y Weinstock, 2007; Welte, Barnes, Wieczorek et al., 2004). En concreto, la familiaridad, el interés y el acceso a la tecnología informática de las generaciones más jóvenes han creado una inquietud sobre la posibilidad de un aumento en el juego en los menores de edad (Watson, Pearson, Moore et al., 2004).

Por lo que a la diferencia de sexos se refiere, las mujeres están infrarrepresentadas en comparación con los hombres, lo cual podría estar relacionado con las diferencias de sexo en la preferencia por determinados tipos de juego (LaBrie, Kaplan, LaPlante, Nelson y Shaffer, 2008). En definitiva, Internet facilita la exposición al juego a personas que en otras circunstancias no accederían a las apuestas, dificulta la protección de los menores, está disponible permanentemente (lo que facilita la satisfacción inmediata del ansia), supone una actividad solitaria y anónima (lo que puede producir una gratificación rápida o instantánea, como ocurre con el beber solitario) y además, al tratarse de un dinero virtual, los controles inhibitorios personales se desmoronan más fácilmente (Echeburúa y Corral, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, D.A., Cramer, S.L. y Sherrets, S.D. (1995). Pathological gambling and the familiy. Families in Society: *The Journal of Contemporary Human Service*, *76*, 213-219.

Abbott, M.W. y Volberg, R.A. (2000). *Taking the Pulse on Gambling and Problem Gambling in New Zealand: A Report on Phase One of the 1999 National Prevalence Study.* Wellington: Department of Internal Affairs.

Abbott, M.W., Volberg, RA. y Rönnberg, S. (2004). Comparing the New Zealand and Swedish national surveys of gambling and problem gambling. *Journal of Gambling Studies, 20*, 237-258.

Alessi, S.M. y Petry, N.M. (2003). Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behavioural Processes, 64*, 345-354.

Allcock, C.C. (1986). Pathological gambing. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 20*, 259-265.

Álvarez-Moya, E.M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., Bulik, C. M. et al. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 452-457.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Satadistical Manual of Mental Disorders* (3rd.ed.). Washington, D.C: APA.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Satadistical Manual of Mental Disorders (3rd.ed.rev.).* Washington, D.C: APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Satadistical Manual of Mental Disorders (4th.ed.).* Washington, D.C: APA.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Satadistical Manual of Mental Disorders (4th.ed.rev.).* Washington, D.C: APA.

American Psychological Association. (2007). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist, 62*, 949–979.

Anderson, G. y Brown, R.I. (1984). Real and laboratory gambling, sensation-seeking, and arousal. *British Journal of Psychology, 75*, 401-410.

Anderson, G. y Brown, R.I. (1987). Some applications of reversal theory to the explanation of gambling and gambling addictions. *Journal of Gambling Behavior, 3*, 179-189.

Anokhin, P.K. (1955). Characteristics of the afferent apparatus of a conditioned reflex and its importance for psychology. *Problems of Psychology, 6*, 16–38.

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.

Arbinaga, F. (2000). Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): Un estudio descriptivo. *Anales de Psicología, 16*, 123-132.

Arbinaga, F. (2001). La mujer con problemas en los juegos de apuesta: una aproximación desde los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país y el análisis de nuevos datos sobre un grupo de mujeres en Punta Umbría (Huelva). *Psicologemas, 15*, 133-152.

Argo, T. y Black, D.W. (2004). The characteristics of pathological gambling. En J. Grant, M. Potenza (Ed.), *Understanding and Treating Pathological Gambling* (pp.39-53). Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Atlas, G.D. y Peterson, C. (1990). Explanatory style and gambling: How pessimists respond to losing wagers. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 523-529.

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.

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.

Bahamón M. Juego patológico. (2006). Revisión de tema. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*, 381-400.

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

Becoña, E. (1993). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies, 9*, 353-369.

Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.

Becoña, E. (1997a). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports, 81*, 275-287.

Becoña, E. (1997b). Características de la mujer jugadora patológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 21-34.

Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología, 30*, 7-19.

Becoña, E. (2001). Juego problema y juego de riesgo en adolescentes. *Adicciones, 13*, 279-288.

Becoña, E. (2004). El juego patológico: prevalencia en España. Monográfico de juego patológico. *Revista Salud y Drogas, 4*, 9-34.

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., Fuentes, M.J. y Lorenzo, M.C. (1993). Guía bibliográfica sobre juego patológico. *Psicología Conductual, 1,* 455-468.

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. y Vázquez, F. (2001a). El juego problema en los estudiantes de enseñanza secundaria de 14 y más años de Galicia. *Psicothema, 13*, 551-556.

Becoña, E., Míguez, M.C., y Vázquez, F.L. (2001b). *El juego problema en los niños de Galicia*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.

Becoña, E., y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. *Psicothema, 8,* 13-23.

Bergh, C. y Kühlhorn, E. (1994). Social, Psychological and Physical consequences of pathological gambling in Sweden. *Journal of Gambling Studies, 10*, 275- 285.

Bergh, C., Eklund, T., Sodersten, P. y Nordin, C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine, 27*, 473–475.

Berry, R.E., Fraehlich, C. y Toderian, S. (2002). *Northwestern Ontario women's experiences of gambling and problem gambling*. Winnipeg: University of Manitoba.

Bettencourt, B.A y Miller, N. (1996). Gender differences in aggression as a function of provocation: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 119*, 422-447.

Bischof, G., Rumpf, H.J., Meyer, C., Hapke, U. y John, U. (2005). Gender differences in tempatation to drink, self-efficacy to abstain and coping behavior in treated alcohol-dependent individuals: Controling for severity of dependence. *Addiction Reserch and Theory, 13*, 129-136.

Black, D.W. y Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour. *Psychiatry Services, 49,* 1434-1439.

Blanco, C., Hasin, D.S., Petry, N., Stinson, F.S. y Grant, B.F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine, 36*, 943-953.

Bland, R.C., Newman, S.C., Om, H. y Stebelsky, G. (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edrnonton. *Canadian Journal of Psychiatry, 38*, 108-112.

Blaszczynski, A. (2000). Pathways to pathological gambling: Identifying typologies. *Journal of Gambling Issues, 1*, 1-11.

Blaszczynski, A. y McConaghy, N. (1989). Anxiety andlor Depression in the Pathogenesis of Addictive Gambling. *The International Journal of Addictions, 24*, 337-350.

Blaszczynski, A. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*, 487-499.

Blaszczynski, A. y Nower, L. (2007). Research and measurement issues in gambling studies: Etiological models. In G.J. Smith, D.C. Hodgins y R.J. Williams (Ed.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 323-344). New York: Elsevier.

Blaszczynski, A. y Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies, 14*, 51-71.

Blaszczynski, A., Buhrich, N. y Mcconaghy, N. (1985). Pathological Gamblers, Heroin Addicts and Controls Compared on the EPQ "Addiction Scale". *British Journal of Addictions, 81*, 113-117.

Blaszczynski, A., Huynh, S., Dumla, V.J. y Farrell, E. (1998). Problem gambling within a Chinese speaking community. *Journal of Gambling Studies*, *14*, 359-380.

Blaszczynski, A., Steel, Z. y McConaghy, N. (1997). Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivity. *Addiction, 92*, 75-87.

Blaszczynski, A., Wilson, A. y McConaghy, N. (1986). Sensation-Seeking and Pathological Gambling. *British Journal of Addictions, 81*, 113-117.

Blum, K., Noble, E.P., Sheridan, P.J., Montgomery, A. y Ritchie, T. (1990). Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism. *The Journal of the American Medical Association*, *263*, 2055-2060.

Blume, S.B. (1986). Treatment of the addictions: alcoholism, drug dependence and compulsive gambling in a psychiatric setting. *Journal of Substance Abuse Treatment, 3*, 131-133.

Bombín, B. (1992). *El juego de azar. Patología y testimonios*. Valladolid: Ed. Junta de Castilla y León.

Bondolfi, G., Osiek, C. y Ferrero F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Zwitzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 473-475.

Boughton, R. y Brewster, J. (2002). *Voices of Women Who Gamble in Ontario: A Survey of Women's Gambling, Barriers to Treatment and Treatment Service Needs.* Toronto: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

Boyd, W.H. (1976). Excitement: the Gambler's Drug. En W.R. Eadington (Ed.), *Gambling and Society*. Springfield, Illinois: Thomas.

Breen, R.B. y Zimmerman, M. (2002). Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers. *Journal of Gambling Studies, 18*, 31–43.

Brewer, J. A. y Potenza, M.N. 2008 The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology, 75*, 63–75.

Brown, R.I. (1987). Classical and operant oaradigms un the management of gambling addictions. *Behavioural Psychotherapy, 15*, 111-112.

Brown, R.I. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *The International Journal of the Addictions, 21*, 1001-1016.

Brown, R.I. (1996). A Theoretical Model of the Behavioural Addictions- Applied to Offending. En J. Hodge, M. McMurran y C.R. Hollins (Ed.), *Addicted to Crime?.* Chichester: Wiley.

Bulcke, G.M. (2007). *Identifying barriers to treatment among women gamblers*. Doctoral Dissertation. University of Pittsburgh.

Burge, A.N., Pietrzak, R.H., Molina, C.A. y Petry, N.M. (2004). Age of gambling initiation and severity of gambling and health problems among older adult problem gamblers. *Psychiatric Services, 55*, 1437–1439.

Caplan, P.J. y Cosgrove, L. (2004). *Bias in psychiatric diagnosis*. New York: Rowman & Littlefield, Inc.

Carlton, P.L. y Goldstein, L. (1987). Psychological determinants of pathological gambling. En T. Galski (Ed.), *Handbook of Pathological Gambling*. Springfiield, IL: Charles C Thomas.

Carlton, P.L. y Manowitz P. (1987). Physiological factors as determinants of pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior, 3,* 274-285.

Carlton, P. L. y Manowitz, P. (1994). Factors determining the severity of pathological gambling in males. *Journal of Gambling Studies, 10*, 147-157.

Carlton, P.L., Manowitz, P., McBride, H., Nora, M., Swartzburg R. y Goldstein, L. (1978). Attention Deficit disorder and pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry, 48*, 487-488.

Carroll, D. y Huxley, J. (1994). Cognitive, dispositional, and psychophysiological correlatos of dependent slot machine gambling in young people. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 1070-1083.

Castellani, B. y Rugle, L. (1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking and craving. *The International Journal of Addictions, 30*, 275-289.

Cavedini, P., Riboldi, G., Keller, R., D'Annucci, A. y Bellodi, L. (2002). Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients. *Biological Psychiatry, 51*, 334-341.

Cayuela, R. (1990). *Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects.* Eight International Conference on Risk and Gambling. Londres.

Chambers, R.A. y Potenza, M.N. (2003). Neurodevelopment, impulsivity and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies, 19*, 53-84.

Chevalier, S., Geoffrion, C., Allard, D. y Audet, C. (2002). *Motivations for gambling as tools for prevention and treatment of pathological gambling*. 5th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues. Barcelona.

Cho, M.J., Hahm, B.J., Suh, T., Suh, G.H., Cho, S.J. y Lee, C.K. (2002). Comorbid mental disorders among the patients with alcohol abuse and dependence in Korea. *Journal of Korean Medical Science, 17*, 236-241.

Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar.* Disponible en: <http://www.uv.es/choliz>.

Ciarrocchi, J. (2002). Counseling problem gamblers: *A self regulated manual for individual and family therapists*. San Diego, CA: Academic Press.

Cloninger, C.R., Bayon, C. y Svrakic, D.M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders, 51*, 21-32.

Comings, D.E., Comings, B.G., Muhleman, D., Dietz, G., Shahbahrami, B., Tast, D., Knell, E., Kocsis, P., Baumgarten, R., Kovacs, B.W. et al. (1991). The Dopamine 02 Receptor Locus as a Modifying Gene in Neuropsychiatric Disorders. *Journal of the American Medical Associattion, 266*, 1793-1800.

Comings, D.E., Gade-Andavolu, R., Wu, S., Chiu, C., Dietz, G., Muhleman, D., et al. (1997). Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Molecular Psychiatry, 2*, 44-56.

Comings, D.E., Gade-Andavolu, R., Gonzalez, N., Wu, S., Muhleman, D., Chen, C., et al. (2001). The additive effect of neurotransmitter genes in pathological gambling. *Clinical Genetics, 60*, 107-116.

Comings, D.E., Rosenthal, R. J., Lesieur, H.R., Rugle, L.J., Muhleman, D., Chiu, C., et al. (1996). A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics, 6*, 223-234.

Corless, T. y Dickerson, M. (1989). Gambler´s self perceptions of the determinants of impaired control. *British Journal of Adicction, 84*, 1527-1537.

Corral, P. (2007). Ludopatía y mujer. *Mente y cerebro, 22*, 2-7.

Corral, P., Echeburúa, E. e Irureta, M. (2005). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta, 31*, 539-556.

Coventry, K. y Constable, B. (1999). Phisiological arousal and sensation- seking in female fruit machine gamblers. *Addicction, 94*, 425-430.

Cox, B.J., Enns, M.W. y Michaud, V. (2004). Comparisons between the South Oaks Gambling Screen and a DSM-IV-Based interview in a community survey of problem gambling. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 258-264.

Cox, B.J., Kwong, J., Michaud V. y Enns, M.W. (2000). Problem and probable pathological gambling: considerations from a community survey. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 548-553.

Cox, B.J., Yu, N., Afifi, T.O. y Ladouceur, R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 213-217.

Crisp, B., Thomas, S., Jackson, A., Thomason, N., Smith, S., Borrell, J., et al. (2000). Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice, 10,* 229–242.

Crisp, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C., Smith, S., Borrell, J., Ho, W.Y., et al. (2004). Not the same: a comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling services. *Journal of Gambling Studies, 20*, 283–99.

Crisp, BR., Thomas, S.A., Jackson, A.C. y Thomason, N. (2001). Parteners of problem gamblers who present for counselling: Demographic profile and presenting problems. *Journal of Family Studies, 7,* 208-216.

Crockford, D.N. y El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 43-50.

Cruz, J. (1989). Condicionamiento instrumental apetitivo. En R. Bayés y J.L. Pinillos. *Aprendizaje y condicionamiento*. Madrid: Alhambra.

Culleton, R.P. (1985). *A survey of pathological gambling in the State of Ohio*. Philadelphia: Transition Planning Associates.

Culleton, R.P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: a look at methods. *Journal of Gambling Behaviour, 5*, 22-41.

Culleton, R.P. y Lang, M.H. (1984). *The prevalence rate of pathological gambling in the Delaware Valley in 1984*. Camden, N.J.: Rutgersl Camden Forum for Policy Research and Public Service.

Cunningham-Williams, R.M., Cottlerm L.B., Comptonm III W.M. y Spitznagel, E.L. (1998). Taking chances: problem gamblers and mental health disorders- results from the St. Louis epidemiologic catchment area Study. *American Journal of Public Health, 88*, 1093-1096.

Cunningham-Williams, R.M., Grucza, R.A., Cottler, L.B., Womack, S.B., Books, S.J., Przybeck, T.R. et al. (2005). Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *Journal of Psychiatric Research, 39*, 377-390.

Currie, J. (2001). Best practices: *Treatment and rehabilitation for women with substance use problems*. Ottawa, Ontario: Health Canada.

Cusack, J.R., Malaney, K.R. y De Pry, D.L. (1993). Insights about pathological gamblers. 'Chasing losses' in spite of the consequences. *Postgraduate Medicine, 93*, 169-176.

Custer, R.L. (1982). *An overview of compulsive gambling in adicctive disorders. Update: alcoholism, drugs, abuse, gambling*. New York: Human Sciences Press.

Custer, R.L. (1984). Profile of pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry, 45*, 2.

Custer, R.L. y Milt, H. (1985). *When luck runs out.* New York: Facts on File Pub.

Da Silva Lobo, D.S, Vallada, H.P., Knight, J., Martins, S.S., Tavares, H., Gentil, V. et al. (2007). Dopamine genes and pathological gambling in discordant sib-pairs. *Journal of Gambling Studies, 23*, 421-433.

Daghestani, A.N., Elenz, E. y Crayton, J.W. (1996). Pathological Gambling in hospitalized substance abusing veterans. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*, 360-363.

Dannon, P.N., Lowengrub, K., Aizer, A. y Kotler, M. (2006). Pathological gambling: comorbid psychiatric diagnoses in patients and their families. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 43*, 88-92.

Dannon, P.N., Lowengrub, K., Shalgi, B., et al. (2006). Dual psychiatric diagnosis and substance abuse in pathological gamblers: a preliminary gender comparison study. *Journal of Addictive Diseases, 25*, 49–54.

Darbyshire, P., Oster, C. y Carrig, H. (2001). The experience of pervasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a pathological. *Journal of Gambling Studies, 17,* 23–45.

Davis D., Sundahl, I. y Lesbo, M. (2000). Illusory personal control as a determinant of bet size and type in casino craps games. *Journal of Applied Social Psychology, 30,* 1224–1242.

Davis, D. (2002). The queen of diamonds: Women and compulsive gambling. En S. Straussner y S. Brown (Ed.), *The handbook of addiction treatment for women* (pp. 99–126). San Francisco: Jossey-Bass.

De Diego, J., Badosa, O. y Farré, J.M (1989). Juego patológico: perspectivas actuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática, 11/12*, 27-34.

Delfabbro, P., y LeCouteur, A. (2003). *A decade of gambling research in Australia and New Zealand (1992-2002): Implications for policy, regulation and harm minimisation.* Adelaide: Independent Gambling Authority.

Delfabbro, P.H., Lahn, J. y Grabosky, P. (2006). Psychosocial correlates of problem gambling in Australian students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 587-595.

Dell, L.J., Ruzicka, M.F. y Palisi, A.T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *International Journal of Addictions, 16*, 149-156.

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.

Desai, R.A, Maciejewski, P.K., Pantalon, M.V. y Potenza, M.N. (2005) Gender differences in adolescent gambling: mental health correlates and gambling patterns. *Annals of Clinical Psychiatry, 17*, 249–259.

Desai, R.A. y Potenza, M.N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 173-83.

Desai, R.A., Maciejewski, P.K., Dausey, D., Caldarone, B.J. y Potenza, M.N. (2004). Health correlates of recreational gambling in older adults. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1672–1679.

Desai, R.A., Maciejewski, P.K., Pantalon, M.V. y Potenza, M.N. (2006). Gender differences among recreational gamblers: association with the frequency of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*, 145-153.

Dickerson, M. (1979). FI schedules and persistence of gambling in the U.K. bettinf office. *Journal of Applied Behavior Analysis, 12*, 315-323.

Dickerson, M. (1984). *Compulsive gamblers*. London: Longman.

Dickerson, M. (1991). *Internal and external determinants of persistent gambling: implications for treatment*. En N. Heather, W. Miller y J. Greeley. *Self-control and the addictive behaviours*, (pp. 317-338). Australia: Pergamon.

Dickerson, M. (1993). Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual, 1*, 339-349.

Dickerson, M. y Adcock, S. (1987). Mood, arousal and cognitions in persistent gambling: preliminary investigation of a theoretical model. *Journal of Gambling Behavior, 3*, 3-15.

Dickerson, M. y O'Connor, J. (2006). *Gambling as an Addictive Behaviour: Impaired Control, Harm Minimization, Treatment and Prevention* (International Research Monographs in the Addiction). Cambridge, Ma: Cambridge University Press.

Dickerson, M., Hinchy, J., Legg England, S., Fabre, J. y Cunningham, R. (1992). On the determinants of persistent gambling behaviour. I. High-frequency poker machine players. *British Journal of Psychology, 83*, 237–248.

Dickson-Swift, V.A., James, E.L. y Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues, 13*, 1-22.

DiRocco, D.N. y Shadel, W.G. (2007). Gender differences in adolescents' responses to themes of relaxation advertising: Relationship to intentions to smoke. *Addictive Behaviors, 32*, 205-213.

Domínguez Álvarez, A.M. (2007). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología, 27*, 3-20.

Dowling, N., Smith, D. y Thomas, T. (2006). Treatment of female pathological gambling: The efficacy of a cognitive-behavioural approach. *Journal of Gambling Studies, 22*, 355–372.

Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema, 4*, 7-20.

Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el crack al juego patológico?. *Psicología Conductual, 1*, 321-337.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet).* Bilbao: Descleé de Brouwer.

Echeburúa, E. (Ed.) (2006). *Nuevas fronteras en el estudio del juego patológico*. Madrid: Fundación Ramón Areces.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 8*, 127-146.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones, 20*, 321-326.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2008). Are there more personality disorders in treatment-seekers pathological gamblers than in other kind of patients? A comparative study between the IPDE and the MCMI. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 53-64.

Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). El Cuestionario de Juego de Soath Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta, 20*, 769-791.

El-Guebaly, N. y Hodgins, D. (2000). *Pathological gambling: The biopsychological variables and their management: A review of the literature*. Edmonton, AB: Alberta Gaming Research Institute.

Ellenbogen, S., Derevensky, J. y Gupta, R. (2007). Gender differences among adolescents with gambling-related problems. *Journal of Gambling Studies, 23*, 133-143.

Ellenbogen, S., Gupta, R. y Derevensky JL. (2007). A cross-cultural study of gambling behaviour among adolescents. *Journal of Gambling Studies, 23*, 25-39.

Engwall, D., Hunter, R. y Steinberg, M. (2004). Gambling and other risk behaviors on university campuses. *Journal of American College Health, 52,* 245-255.

Evans, L. y Delfabbro, P. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies, 21*, 133-155.

Felsher, J.R., Derevensky, J.L. y Gupta, R. (2004). Lottery playing amongst youth: Implications for prevention and social policy. *Journal of Gambling Studies, 20*, 127-153.

Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E.M., Granero, R., Vallejo, J., Bulik, C.M. et al. (2006). Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 482-488.

Fernández-Montalvo, J. y Castillo, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico: Una revisión crítica. *Salud y Drogas, 4*, 149-166.

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*, 500-505.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema, 18*, 453-458.

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 de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud, 11*, 5-14.

Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1999). Variables de inteligencia y personalidad en los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo. *Psicología Conductual, 7*, 349-360.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I., y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 271-283.

Ferris, J. y Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report.* En <http://www.CanadianProblemGamblingindex>.

Fiorillo, C.D., Tobler, P.N. y Schultz, W. (2005). Evidence that the delay-period activity of dopamine neurons corresponds to reward uncertainty rather than backpropagating TD errors. *Behavioral and Brain Functions, 1,* 7.

Fisher S. (1999). Prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addiction Research, 7*, 509-538.

Fisher, S. (1993). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies, 9*, 277-288.

Fong, D.K., Ozorio, B. (2005). Gambling participation and prevalence estimates of pathological gambling in a far-east gambling city: Macao. *UNLV Gaming Research and Review Journal, 9*, 15-28.

Forbush, K.T., Shaw, M., Graeber, M.A., Hovick, L., Meyer, V.J., Moser, D.J., Bayless, J., Watson, D. y Black, DW. (2008). Neuropsychological characteristics and personality traits in pathological gambling. *CNS Spectrum, 13*, 306–315.

Gaboury, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behavior and Personality, 4*, 411-420.

Gaboury, A., Ladouceur, R. y Bussières, O. (1989). Structures des loteries et comportements des joueurs. *Revue de Psychologie Apliquée, 39,* 197-207.

García, J.L., Díaz, C. y Aranda, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología, 9*, 83-92.

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.

Gerstein, D., Volberg, R., Murphy, S., Toce, M., Hoffmann, J., Larison, C., Engelman, L., Palmer, A., Chuchro, L., Johnson, R., Buie, T., Hill, M.A., Harwood, H., Tucker, A., Christiansen, E., Cummings, W. y Sinclair, S. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago: National Opinion Research Center at the University of Chicago.

Getty, H.A., Watson, J. y Frisch, G.R. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies, 16*, 377-91.

Gibson, B. y Sanbonmatsu, D.M. (2004). Optimism, pessimism, and gambling: The downside of optimism. Personality and Social *Psychology Bulletin, 30*, 149-160.

Gill, T., Dal Grande, E. y Taylor, A.W. (2006). Factors associated with gamblers: A population based cross-sectional study of south Australian adults. *Journal of Gambling Studies, 22*, 143–164.

Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 110-1126.

Gilovich, T. y Douglas, C. (1986). Biased evaluations of randomly determined gambling outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 228-241.

Girwood, R.S. (2002). Place your bets on the keyboard: are Internet casinos legal? *Campbell Law Review, 25*, 135–50.

Glaude, B.A. (1991). Qualitative and quantitative sex differences in self-reported aggressive behavioral characteristics. *Psychological Reports, 68*, 675-684.

González Ibáñez, A. (1994). *Características psicológicas y conductuales de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.

González Ibáñez, A. (2006). Juego patológico: concepto, comorbilidad y tipologías. En E. Echeburúa Odriozola (Ed.), *Nuevas fronteras en el estudio del juego patológico* (pp. 25-32). Madrid: Fundación Ramón Areces.

González Ibáñez, A., Jiménez-Murcia, S., Aymami, M.N., López-Martinez, C., Muntada, A., Domtnech, J., Granero, R. y Vallejo Ruiloba, J. (1997). *Age of onsef in pathological gamhlers: Psychological and therapeutic implications*. lnternational Conference on Gambling and Risk-Taking. Montreal.

González Ibáñez, A., Mercadé, P. V., Aymami, M.N. y Pastor, C. (1992). Clinical and Behavioural Evaluation of Pathological Gambling in Barcelona (Spain). *Journal of Gambling Studies, 8,* 299-310.

González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicciones.

Götestam, K.G. y Johansson, A. (2003). Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: A DSM-IV-based telephone interview study. *Addictive Behaviors, 28*, 189-197.

Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., de Beurs, E. y Van den Brink, W. (2005). Decision making in pathological gambling: A comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Cognitive Brain Research, 23*, 137-151.

Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, Neus Aymamí, M., Bueno, B., Fernández-Aranda, F. y Jiménez-Murcia, S. (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 173-180.

Grant Kalischuk, R. y Cardwell, K. (2004). Problem gambling and its impact on families. *International Gambling Studies, 6*, 31-60.

Grant Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. y Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families. *International Gambling Studies, 6*, 31–60.

Grant, J. (2005). The neurobiology of pathological gambling. *Journal of Gambling Issues, 15*, 1-7.

Grant, J.E. y Kim, S.W. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 957–962.

Grant, J.E. y Kim, S.W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 56–62.

Grant, J.E. y Kim, S.W. (2003). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 203-207.

Grant, J.E. y Kim, S.W. (2004). Gender differences. En J.E. Grant y M.N. Potenza (Eds.), *Gender differences, in pathological gambling: A clinical guide to treatment* (pp. 97–109). Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing.

Grant, J.E. y Potenza, M.N. (2005). Tobacco use and pathological gambling. *Annals of Clinical Psychiatry, 17,* 237-41.

Greenberg, H. (1980). Psychology of gambling. En H. Kaplan, A. Freedman y B. Saddock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (3rd ed.) (pp. 347–357). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Greenfield, S.F. (2002). Women and alcohol use disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 10*,76-85.

Griffiths, M.D. (1989). Gambling in children and adolescents. *Journal of Gambling Behavior, 5,* 66-83.

Griffiths, M.D. (1990). The adquisition, development and maintenance of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies, 6,* 193-204.

Griffiths, M.D. (1995). Towards a risk factor model of fruit machine addiction: A brief note. Special Issue: Slot machine gambling. *Journal of Gambling Studies, 11*, 343-346.

Griffiths, M.D. (2003). Internet Gambling: Issues, Concerns, and Recommendations. *CyberPsychology and Behavior, 6*, 557-568.

Griffiths, M.D. y Delfabbro, P. (2001). The biopsychosocial approach to gambling: Contextual factors in research and clinical interventions. *Journal of Gambling Issues, 5*, 1-33.

Gupta, R. y Deverensky, 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.

Hand, I. (1998). Pathological gambling: A negative state model and its implications for behavioral treatments. *CNS Spectrums, 3*, 58-71.

Hardoon, K., Derevensky, J.L. y Gupta, R. (2003). Empirical measures vs. perceived gambling severity among youth: why adolescent problem gamblers fail to seek treatment. *Addictive Behaviors, 28,* 933-946.

Hardoon, K., Gupta, R. y Derevensky, J.L. (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors, 18,* 170-179.

Heater, J. y Patton, D. (2006). Gender differences in problem gambling behaviour from help-line callers. *Journal of Gambling Issues, 16*, 1-14.

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.

Hing, N. y Breen, H. (2001). Profiling lady luck: An empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. *Journal of Gambling Studies, 17*, 47–69.

Hing, N. y Breen, H. (2002). A profile of gaming machine players in clubs in Sydney, Australia. *Journal of Gambling Studies, 18*, 185-205.

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. y El-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 72–80.

Hollander, E., DeCaria, C.M., Finkell, J.N., Begaz, T., Wong, C.M. y Cartwright, C. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry, 9*, 813-817.

Hong, Y. y Chiu, C. (1988). Sex, locus of control, and illusion of control in Hong Kong as correlates of gambling involvement. *Journal of Social Psychology, 128*, 667-673.

Huang, J.H., Jacobs, D.F., Derevensky, J.L., Gupta, R., Paskus, T.S. (2007). Gambling and health risk behaviors among U.S. college student-athletes: findings from a national study. *Journal of Adolescent Health, 40*, 390-397.

Ibáñez, A. y Saiz, J. (2000). *La ludopatía: una nueva enfermedad.* Barcelona: Masson.

Ibáñez, A., Blanco, C. y Sáiz, J. (2002). Neurobiology and genetics of pathological gambling. *Psychiatric Annals, 32*, 181-185.

Ibáñez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H.R., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J. et al. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1733–1735.

Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P. y Sáiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 295-301.

Ibáñez, A., Blanco, C., Pérez de Castro, I., Fernández-Piqueras, J. y Saiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 1*9, 11-21.

Ibáñez, A., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J., Blanco, C. y Saiz-Ruiz, J. (2000). Genetic association study between pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. *Molecular Psychiatry, 20,* 105-109.

Ide-Smith, S.G. y Lea, S.E.G. (1988). Gambling in young adolescents. *Journal of Gambling Behavior, 4*, 110-118.

Instituto de la Mujer (2006). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

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. (1986). A general theory of addicctions. A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior, 2*, 15-31.

Jacobs, D.F. (2000). Juvenile gambling in North America: An analiysis of long-term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies, 16,* 119-152.

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.

Jacques, C., Ladouceurm R. y Ferland, F. (2000). Impact of availability on gambling: a longitudinal study. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 810-815.

Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E.M., Granero, R., Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N., et al. (2007). Cognitive-behavioral Group treatment for pathological gambling: analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research, 17*, 544-552.

Johansson, A. y Götestam K.G. (2003). Gambling and problematic gambling with money among Norwegian youth (12-18 years). *Nordic Journal of Psychiatry, 57*, 317-321.

Johansson, A., Grant, J., Kim, S., Odlaung, B. y Götestam, K. (2008). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies, 25, 67-92.*

Joukhador, J., Blaszczynski, A. y Maccallum, F. (2004). Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: Preliminary data. *Journal of Gambling Studies, 20*, 171-180.

Kairouz, S., Nadeau, L. y LoSiou, G. (2005). Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Quebec: a multilevel analysis. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 591-598.

Kalivas, P.W. y Volkow, N.D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry 162*, 1403–1413.

Kallick, M., Smiths, D., Dielman, T. y Hybels, J. (1979). *A survey of gambling attitudes and behavio*r. Ann. Arbor, MI: lnstitute for Social Research.

Kaplan, H., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kessler, R.C., Brown, R.L. y Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 49–64.

Kessler, R.C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N.A., Winters, K.C. y Shaffer, H.J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 38*, 1351-1360.

Kim, S.W., Grant, J.E., Eckert, E.D., Faris, P.L. y Hartman, B.K. (2006). Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders, 92,* 109-116.

Knapp, T.J. (1976). A functional analysis of gambling behavior. En W.R. Eadintong (Ed.), *Gambling and Society*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.

Korman, L.M., Collins, J., Dutton, D., Dhayananthan, B., Littman-Sharp, N. y Skinner, W. (2008). Problem Gambling and Intimate Partner Violence. *Journal of Gambling Studies, 24*, 13-23.

Korn, D. y Shaffer, H. (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies, 75*, 289-365.

Krishnan, M. y Orford, J. (2002). Gambling and the family: from the stress–coping–support perspective'. *International Gambling Studies, 2*, 61–83.

Kruedelbach, N., Walker, H.I., Chapman, H.A., Haro, G., Mateu, C. y Leal, C. (2006). Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. *Actas Españolas de Psiquiatría, 34*, 76-82.

Labrador, F.J. (2000). The pathological gambling. *International Journal of Psychology, 35,* 272-272.

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.

Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego patológico. En M.A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol. 2). Madrid: Dykinson.

Labrador, F.J., Fernández-Alba, A. y Mañoso, V. (2002). Relación entre la reducción de las distorsiones cognitivas referidas al azar y la consecución de éxito terapéutico en jugadores patológicos. *Psicothema, 14,* 551-557.

LaBrie, R.A., Kaplan, S.A., LaPlante, D.A., Nelson, S.E. y Shaffer, H.J. (2008). Inside the virtual casino: A prospective longitudinal study of actual Internet casino gambling. *European Journal of Public Health, 18*, 410-416.

Ladd, G.T. y Petry, N.M. (2002). Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. Experimental and Clinical *Psychopharmacology, 10*, 302-309.

Ladd, G.T. y Petry, N.M. (2003). A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 11*, 202-209.

Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies, 12,* 129-142.

Ladouceur, R. y Mayrand, M. (1987). Caracteristiques psychologiques de la prise de risque montaire des joueurs et des non-joueurs à la roulette. *International Journal of Psychology, 21*, 433-443.

Ladouceur, R. y Mireault, A. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior, 4*, 3-12.

Ladouceur, R., Boudreault, N., Jacques, C. y Vitaro, F. (1999). Pathological gambling and related problems among adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 8*, 55-68.

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., Gaboury, A., Dumont, M. y Rochette, P. (1988). Gambling: Relationship between the frequency of wins and irrational thinking. *The Journal of Psychology, 122*, 409-414.

Ladouceur, R., Grosselin, P., Laberge, M. y Blaszcynski, A. (2001). Dropouts in clinical research: Do results reflect clinical reality?. *Behavior Therapist, 24*, 44-46.

Ladouceur, R., Sylvain, C, Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C. y Leblond, J. (2003). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 189*, 773-780.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. y Doucet, C. (2002). *Understanding and treating pathological gamblers*. London: Wiley.

Ladouceur, R., Touring, M. y Mayrand, M. (1985). Familiarity, group exposure and risk-taking behavior in gambling. *The Journal of Psychology, 120*, 45-49.

Landa, N., Fernández-Montalvo, López-Goñi, J. y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 253-269.

Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 32,* 311-328.

Langhinrichsen-Rohling, J., Rohde, P., Seeley, J. R. y Rohling, M. L. (2004). Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies, 20,* 23-46.

LaPlante, D.A. y Shaffer, H.J. (2007). Understanding the influence of gambling opportunities: expanding exposure models to include adaptation*. American Journal of Orthopsychiatry, 77*, 616–623.

LaPlante, D.A., Nelson, S.E., LaBrie, R.A. y Shaffer, H.J. (2006). Men & Women Playing Games: Gender and the Gambling Preferences of Iowa Gambling Treatment Program Participants. *Journal of Gambling Studies, 22*, 65-80.

Leary, K. y Dickerson, M. (1985). Levels of arousal in high and low frequency gamblers. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 635-641.

Ledgerwood, D.M. y Petry, N.M. (2006). Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research, 144*, 17-27.

Leena, M., Sumitra, MD., Shannon, C. y Miller, M.D. (2005). Pathologic gambling disorder. How to help patients curb risky behavior when the future is at stake. *Postgraduate Medicine, 118*, 31-37.

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. 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.

Lesieur, H.R. (1979). The compulsive gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes, 42,* 79-87.

Lesieur, H.R. (1984*). The chase. Career of the compulsive gambler.* Cambridge, MA: Schenkman Books.

Lesieur, H.R. (1988). *Report on pathological gambling in New Jersey*. Escrito para el New Jersey Governor's Advisory Commision on Gambling, 122-123.

Lesieur, H.R. (1993). Female pathological gamblers and crime. En W. Eadington y C. Cornelius (Ed.), *Gambling behaviour and problem gambling* (pp. 495-515). Reno: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, University of Nevada Press.

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 and pathological gambling* (pp. 325-338). Reno: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, University of Nevada Press.

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. (1990). Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admission service. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 1.009-1.012.

Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction, 86,* 1017-1028.

Lesieur, H.R. y Custer, R. (1984). Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. *The Annals of the American Academy, 474,* 147-156.

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.

Lesieur, H.R., Blume, S.B. y Zoppa, R.M. (1986). Alcoholism, drugs abuse, and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 10,* 33-38.

Lesieur, H.R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C.M., Rubenstein, G., Moseley, K. y Mark, M. (1991). Gambling and pathological gambling among university students. *Addictive Behaviors, 16*, 517-527.

Linden, R.D., Pope, H.G. Jr. y Jonas, J.M. (1986). Pathological Gambling and Major Affective Disorder: Preliminar Findings. *Journal of Clinical Psychiatry, 47,* 201-203.

Llinares, MC., Santos, P., Albiach, C., Camacho, I. y Palau, C. (2006). Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. *Adicciones, 18*, 371-376.

Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A. (1986). Pathological gambling: psychosomatic, emotional, and marital difficulties as reported by the gambler. *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.

Lupu, V., Onaca, E. y Lupu, D. (2002). The prevalence of pathological gambling in Romanian teenagers*. Minerva Medica, 93,* 413-418.

Marazziti, D., Dell'Osso, M.C., Conversano, C., Consoli, G., Vivarelli, L., Mungai, F., et al. (2008). Executive function abnormalities in pathological gamblers. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 4*, 1-18.

Mark, M.E. y Lesieur, H. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction, 87*, 549–565.

Martínez-Pina, A., Guirao, J.L. Fusté, R., Serrat, X., Martín, M. y Moreno, V. (1991). The Catalonia survey: Personality and intelligence structure in a sample of compulsive gamblers. *Journal of Gambling Studies, 7,* 275-299.

Martins, S.S., Lobo, D.S., Tavares, H. y Gentil, V. (2002). Pathological gambling in women: a review. *Revista do Hospital das Clínicas, 57*, 235-42.

Martins, S.S., Tavares, H., Da Silva Lobo, D.S., Galetti, A.M. y Gentil, V. (2004). Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addiction, 29*, 1231-1235.

Martins, S.S., Tavares, H., Da Silva Lobo, D.S., Galetti, A.M. y Gentil, V. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies, 16*, 377-391.

McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification, 13*, 371-384.

McCormick y Ramírez (1988). Pathologial gambling. En J.G. Howells (Ed.), *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*. New York: Brunner/Mazel Inc.

McCormick, R., y Taber, J.I. (1987). The pathological gambler: Salient personality variables. En T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

McCormick, R.A. y Ramirez, 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.M., Ramírez, L.F. y Taber, J.I. (1984). Affective Disorder arnong Pathological Gamblers in Treatment. *American Journal of Psychiatry, 14*, 215-218.

McCusker, C.G. (2001) Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method. *Addiction, 96*, 47-56.

Memoria del Juego en España (2007). Subdirección General de Estudios y Relaciones Institucionales. Comisión Nacional del Juego. Ministerio del Interior.

Meyer, G., Hauffa, B.P., Schedlowski, M., Pawluk, C., Stadler, M.A. y Exton, M. S. (2000). Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biological Psychiatry, 48,* 948–953.

Meyer, G., Schwertfeger, J., Exton, M.S., Janssen, O.E., Knapp, W., Stadler, M.A., Schedlowski, M. y Kruger, T.H. (2004). Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology, 29,* 1272–1280.

Miller, I.W., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Solomon, D.A., Cardemil, E.V. y Beevers, C.G. (2005). Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2131–2138.

Miller, N.V. y Currie, S.R. (2008). A Canadian population level analysis of the role of irrational gambling cognitions and risky gambling practices as correlates of gambling intensity and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies, 24,* 257-274.

Mojtabai, R. (2007). Americans' attitudes toward mental health treatment-seeking: 1990–2003. *Psychiatric Services, 58*, 642–651.

Moody, G. (1989). Parents of young gamblers. *Journal of Gambling Behavior 5*, 313- 320.

Morán, E. (1970). Gambling as a form of dependence. *British Journal of Addictions, 64*, 419-428.

Morán, E. (1987). *Gambling among schoolchildren: the impact of the fruit machine*. National Council on Gambling, Special Report.

Morasco, B., Pietrzak, R.H., Blanco, C., Grant, B., Hasin, D. y Petry, N. (2006). Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine, 68*, 976-984.

Morasco, B.J., Weinstock, J., Ledgerwood, D.M. y Petry, N.M. (2007). Psychological factors that promote and inhibit pathological gambling. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*, 208–217.

Moreyra, P. Ibáñez, A. Liebowitz, M.R., Sáiz Ruiz, J. Blanco, C. (2002). *Pathological gambling*: addiction or obssesion?''*. Psychiatric Annals, 32*, 161-166.

Muelleman, R.L., DenOtter, T., Wadman, M.C., Tran, P. y Anderson, J. (2002). Problem Gambling in the Partner of the Emergency Department Patient as a Risk Factor for Intimate Partner Violence. *Journal of Emergency Medicine, 23*, 307-312.

Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico. 1997-2007. *Revista de Salud Pública, 10*, 150-159.

Musante, J. (1999). Women and gambling. *Connecticut Post, 22,* 1-12.

Nelson, S.E., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A. y Shaffer, H.J. (2006). The proxy effect: Gender and gambling problem trajectories of Iowa Gambling Treatment Program participants. *Journal of Gambling Studies, 22,* 221-240.

Newman, S.C. y Thompson, A.H. (2003). A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior, 33,* 80-87.

Noble, E.P. (2003). D2 dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorders and its phenotypes. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics, 116*, 103−125.

Nordin, C. y Sjodin, I. (2006). CSF monoamine patterns in pathological gamblers and healthy controls. *Journal of Psychiatry Reserch, 40*, 454-459.

Nower, L. y Blaszczynski, A. (2006). Characteristics and gender differences among self- excluded casino problem gamblers: Missouri data. *Journal of Gambling Studies, 22*, 81-99.

Nower, L. y Blaszczynski, A. (2006). Impulsivity and pathological gambling: A descriptive model. *International Gambling Studies, 6*, 61-75.

Ochoa, E., Labrador, F.J., Echeburúa, E., Becoña, E. y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico.* Barcelona: Plaza y Janés.

Olason, D., Sigurdardottir, K.J. y Smari, J. (2006). Prevalence estimates of gambling participation and problem gambling among 16-18-year-old students in Iceland: a comparison of the SOGS-RA and DSM-IV-MR-J. *Journal of Gambling Studies, 22*, 23-39.

OMS. (1992). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Méditor.

Othsuka, K., Bruton, E., Deluca, L. et al. (1997). Sex differences in pathological gambling using gaming machines. *Psychological Reports, 80*, 1051-1057.

Pallanti, S., Bernardi, S., Quercioli, L., DeCaria, C. y Hollander, E. (2006). Serotonin dysfunction in pathological gamblers: increased prolactin response to oral M-CPP versus placebo. *CNS Spectrum, 11*, 955–964.

Paris, J.J., Franco, C., Sodano, R., Frye, C.A. y Wulfert, E. (2009). Gambling pathology is associated with dampened cortisol response among men and women. *Physiology and Behavior 99*, 230–233

Patford, J. (2007). For poorer: how men experience, understand and respond to problematic aspects of a partner's gambling. *Gambling Research, 19*, 7–20.

Patford, J. (2009). For Worse, for Poorer and in Ill Health: How Women Experience, Understand and Respond to a Partner's gambling problems. *International Journal of Mental Health and Addiction, 7*, 177-189.

Pérez de Castro, A. Ibáñez, J. Sáiz Ruiz, J. y Fernández-Piqueras. (2002). Concurrent positive association between pathological gambling and functional DNA polymorphisms at the MAO-A and the 5-HT transporter genes''. *Molecular Psychiatry, 7*, 927-932.

Petry, N. y Steinberg, K. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 226-229.

Petry, N.M. (2001). Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 482-487.

Petry, N.M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *Gerontologist, 42*, 92-99.

Petry, N.M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction, 98*, 645–655.

Petry, N.M. (2005). Gamblers Anonymous and cognitive-behavioral therapies for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies, 21*, 27-33.

Petry, N.M. (2006). Internet gambling: an emerging concern in family practice medicine? *Family Practice, 23*, 421–426.

Petry, N.M. y Armentano, C. (1999). Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: A review. *Psychiatric Services, 50*, 1021-1027.

Petry, N.M. y Casarella, T. (1999). Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Journal of Drug and Alcohol Dependence, 56*, 25-32.

Petry, N.M. y Kiluk, B.D. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 462-469.

Petry, N.M. y Mallya, S. (2004). Gambling participation and problems among employees at a university health center. *Journal of Gambling Studies, 20*, 155-170.

Petry, N.M. y Roll, J.M. (2001). A behavioral approach to understanding and treating problem gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 6,* 177-183.

Petry, N.M. y Weinstock, J. (2007). Internet gambling is common in college students and associated with poor mental health. *American Journal of Addictions, 16*, 325–30.

Petry, N.M., Avants, S.K., Burns, P., et al. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatmentseeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors, 19,* 226–229.

Petry, N.M., Stinson, F.S. y Grant, B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*, 564-574.

Piazza, N.J., Vrbka, J.L. y Yeager, R.D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *The International Journal of the Addictions, 4,* 226–229.

Pietrzak, R.H., Ladd, G.T. y Petry, N.M. (2003). Disordered gambling in adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Pediatric Drugs 5*, 583-595.

Piquette-Tomei, N., Dwyer, S.C., Norman, E., McCaslin, E. y Burnet, J. (2007). Women problem gamblers want more. *Saskatchewan Notes (Canadian Centre for Policy Alternatives–SK), 6*, 1-4.

Piquette-Tomei, N., Norman, E., Dwyer S.C. y McCaslin, E. (2007). Group therapy for women problem gamblers: A space of their own. *Journal of Gambling Issues, 22,* 275-296.

Ponce, G., Jiménez-Arriero, M.A., Rubio, G., Hoenicka, J., Ampuero, I., Ramos, J.A. y Palomo, T. (2003). The A1 allele of the DRD2 gene (TaqI A polymorphisms) is associated with antisocial personality in a sample of alcohol-dependent patients. *European Psychiatry, 18*, 356-360.

Potenza, M. (2001). The neurobiology of pathological gambling. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 6*, 217-226.

Potenza, M., Steinberg, M., McLaughlin, S., Wu, R., Rounsaville, B. y O'Malley, S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1500–1505.

Potenza, M.N., Maciejewski, P.K. y Mazure, C.M. (2006). A gender based examination of past-year recreational gamblers. *Journal of Gambling Studies, 22,* 41–64.

Potenza, M.N., Maciejewski, P.K., Desai, R.A., Caldarone, B., Lynch, W., Cavus, I., Rounsaville, B.J. y Mazure, C.M. (2002). Characteristics of gamblers: health measures and gender differences*. Drug Alcohol Dependence, 66*, S141.

Potenza, M.N., Steinberg, M.A., McLaughlin, S.D., Wu, R., Rounsaville, B.J., Krishnan-Sarin, S., George, T.P. y O'Malley, S.S. (2004). Characteristics of tobacco-using problem gamblers calling a gambling helpline. *American Journal of Addictions, 13*, 471–493.

Potenza, M.N., Steinberg, M.A., Skudlarski, P., Fulbright, R.K., Lacadie, C.M., Wilber, M.K., Rounsaville, B.J., Gore, J.C. y Wexler, B.E. (2003). Gambling Urges in Pathological Gambling: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Archives of General Psychiatry, 60*, 828-836.

Potenza, M.N., Steinberg, M.A., Wu, R., Rounsaville, B.J. y O'Malley, S.S. (2006). Characteristics of older adult problem gamblers calling a gambling helpline. *Journal of Gambling Studies, 22,* 241–54.

Potenza, M.N., Xian, H., Shah, K., Scherrer, J.F. y Eisen, S.A. (2005). Shared Genetic Contributions to Pathological Gambling and Major Depression in Men. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1015-1021.

Poulin, Ch. (2000). Problem gambling among adolescent students in the Atlantic provinces of Canada. *Journal of Gambling Studies, 16*, 53-78.

Prieto, U.M. y Cañón, L.C. (2000). La teoría de las definiciones y el juego patológico. *Revista de Psicología General y Aplicada, 53,* 503-514.

Pulford, J., Bellringer, M., Abbott, M., Clarke, D., Hodgins, D. y Williams, J. (2009). Barriers to helpseeking for a gambling problem: The experiences of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies, 25*, 33–48.

Ramírez, J.N. (1999). *Análisis del sector de las máquinas recreativas «tipo A y B»*. Estimación y análisis de la proporción de ludópatas en Andalucía. Córdoba: NMARE.

Ramirez, 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.

Randal, C.L., Roberts, J.S., Del Boca, F.K., et al. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 252–260.

Raylu, N. y Oei, T.P. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review, 22*, 1009-1061.

Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Glascher, J. y Buchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system*. Nature Neuroscience, 8*, 147-148.

Rodríguez, M. y Gómez, C. (1998). Juego patológico: comorbilidad con dependencia de sustancias, trastorno afectivo bipolar y trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 27*, 181-196.

Rodriguez-Jimenez, R., Avila, C., Jimenez-Arriero, M.A., Ponce, G., Monasor, R., Jimenez, M., et al. (2006). Impulsivity and sustained attention in pathological gamblers: Influence of childhood ADHD history. *Journal of Gambling Studies, 22*, 451-461.

Rodríguez-Martos, A. (1987). *El juego... otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias*. Barcelona: APAT. Fons Informatiu, nº12.

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). *Pathological gambling in Sweden.* Comunicación presentada al 11th International Conference on Gambling & Risk Taking. Las Vegas, Nevada.

Rosenthal, R.J. (1986). The pathological gambler's system for self-deception. *Journal of Gambling Behavior, 2*, 108-120.

Rosenthal, R.J. y Lesieur, H.R. (1990). *Pathological Gambling Proposed Descriptive Test for DSM-IV.* Eight International Conference on Risk and Gambling. London.

Rosenthal, R.L. y Lorenz, V.C. (1992). The pathological gambler as criminal offender. Commentrs on evaluation and tratment. *Clinical Forensic Psychiatry, 15*, 647-660.

Roy, A, Custer, R., Lorenz, V. y Linnoila, M. (1988). Depressed pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinava, 77,* 163-165.

Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D. Custer, R., Lorenz, V., et al. (1988). Pathological gambling: a psychobiological study. *Archives of General Psychiatry, 45*, 369-373.

Rugle, L. y Melamed, L. (1993). Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers*. Journal of Nervous and Mental Diseases, 181*, 107-1 12.

Rush, B., Adlaf, E., Veldhuizen, S., Corea, L. y Vincent, S. (2005). *Assessing geospatial association in Ontario between prevalence of problem gambling, treatment availability and help-seeking.* Final Report to the Ontario Problem Gambling Research Centre.

Rush, B., Moxam, R.S. y Urbanoski, K.A. (2002). Characteristics of people seeking help from specialized programs for the treatment of problem gambling in Ontario. *Journal of Gambling Issues, 6*, 1-21.

Sadock, B.J., Sadock, V.A. y Kaplan, H.I. (2004). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sáiz-Ruiz, 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.

Sánchez, E. (2003). Juego patológico: un trastorno emergente. *Trastornos Adictivos, 5*, 75-87.

Saskatchewan Health. (2002). *Focus sheet client profile: Gamblers in treatment 2000/01*. Regina: Government of Saskatchewan.

Scannel, E.D., Quirk, M.M., Smith, K., Maddern, R. y Dickerson, M. (2000). Females' coping styles and control over poker machine gambling. *Journal of Gambling Studies, 16,* 417–432.

Schofield, G., Mummery, K., Wang, W. y Dickson G. (2004). Epidemiological study of gambling in the non-metropolitan region of central Queensland. *Australian Journal of Rural Health, 12*, 6-10.

Schreiber, A., Odlaug, B.L., Kim, S.W. y Grant, J.E. (2009). Characteristics of Pathological Gamblers with a Problem Gambling Parent. *American Journal on Addictions, 18,* 462–469.

Schull, S.D. (2002). *Escape mechanism: Women, caretaking, Families.* Department of Anthropology. University of California, Berkley: CA.

Sellman, J.D., Adamson, S., Robertson, P., Sullivan, S. y Coverdale, J. (2002). Gambling in mild-moderate alcohol-dependent outpatients. *Substance Use and Misuse, 37*, 199-213.

Shaffei, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C., Donato, A. y Stanton, M. V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: Multiple manifestations, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry, 12*, 367-374.

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.

Shaffer, 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: Presidents and Fellows of Harvard College.

Shaffer, H.J., Hall, M.N., y Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health, 89*, 1369-1376.

Shaffer, H.J., LaPlante, D.A., LaBrie, R.A., Kidman, R.C., Donato, A.N. y Stanton, M.V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: Multiple manifestations, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry, 12*, 367-374.

Shaffer, H.J., Stanton, M.V., Nelson, S.E. (2006). Trends in gambling studies research: quantifying, categorizing, and describing citations. *Journal of Gambling Studies, 22*, 427-42.

Shah, K.R., Potenza, M.N. y Eisen, S.A. (2004). Biological basis for pathological gambling. En J.E. Grant y M.N. Potenza, (Ed.), *Pathological gambling: A clinical guide to treatment.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Shapira, N.A., Ferguson, M.A., Frost-Pineda, K. y Gold, M.S. (2002). *Gambling and problem gambling prevalence among adolescents in Florida*. A Report to the Florida Council on Compulsive Gambling Inc.

Sharpe, L. (1997). Juego patológico. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol.1). Madrid: Siglo XXI.

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. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry, 162*, 407-412.

Shaw, MC., Forbush, K.T., Schlinder, J., Rosenman, E. y Black D.W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums, 12*, 615-622.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillian.

Skitch, S. y Hodgins, D. (2004). Impulsivity, compulsivity and pathological gambling: An exploratory study of pathological gambling as an impulsivity-compulsivity spectrum disorder. *International Gambling Studies, 4*, 175-188.

Slutske, W.E. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *American Journal of Psychiatry, 163*, 297-302.

Slutske, W.S., Eisen, S., True, W.R., Lyons, M.J., Goldberg, J. y Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry, 57,* 666–674.

Smeaton, M. y Griffiths, M. (2004). Internet gambling and social responsibility: An exploratory study. *CyberPsychology and Behavior, 7*, 49-58.

Smith, J.A., Braunack-Mayer, A. y Wittert, G. (2006). What do we know about men's help-seeking and health service use? *Medical Journal of Australia, 184*, 81–83.

Sokolov, F.N. (1963). *Perception and conditioned reflex*. New York: Pergamon.

Sommers, I. (*1988*). *Pathological gambling*: estimating prevalence and group characteristics. *The International Journal of the Addictions, 23*, 477-490.

Specker, S. M., Carlson, G.A., Christenson, G.A. y Marcotte, M. (1995). Impulse control disorders and attention deficit disorder in pathological gamblers. *Annals of Clinical Psychiatry, 7*, 175-179.

Specker, S.M., Carlson, G.A., Edmonson, K.M., Johnson, P.E. y Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies, 12*, 67-82.

Spunt, B., Dupont, I., Lesieur, H., Liberty H.J. y Hunt, D. (1998). *Pathological Gambling and Substance Misuse, 33,* 2535-2560.

Steel, Z. y Blaszczynski, A. (2002). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. En J.J. Marotta, J.A. Cornelius y W.R. Eadington (Eds.), *The downside: problem and pathological gammbling*. Reno. University of Nevada.

Steenbergh, T., Meyers, A., May, R. y Whelan, J. (2002). Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*, 143-149.

Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors, 27*, 1-19.

Strachan, M. y Custer, R. (1993). Female compulsive gamblers in Las Vegas. En W. Eadington y J. Cornelius (Ed.), *Gambling behaviour and problem gambling* (pp. 235-240). Reno: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming, University of Nevada Press.

Stucki, S. y Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies, 23*, 245-257.

Sumitra, L.M. y Miller. S.C (2005). Pathologic gambling disorder. *Postgraduate Medicine, 118*, 31-37.

Taber, J.T., McCormick, R.A. y Ramirez, L.F. (1987). The Prevalence and Impact of Major Life Stressors among Pathological Gamblers. *The lntemational Journal of the Addictions, 22*, 71-79.

Tanabe, J., Thompson, L., Claus, E., Dalwani, M., Hutchison, K. y Banich, M. T. (2007). Prefrontal cortex activity is reduced in gambling and nongambling substance users during decision-making. *Human Brain Mapping, 28,* 1276–1286.

Tang, C.S., Wu, A.M.S. y Tang, J.Y.C. (2007). Gender differences in characteristics of Chinese treatment-seeking problem gamblers. *Journal of Gambling Studies, 23*, 145-156.

Tavares, H., Martins, S.S., Lobo, D.S., Silveira, C.M., Gentil, V. y Hodgins, DC. (2003). Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *Journal Clinical of Psychiatry, 64*, 433-438.

Tavares, H., Zilberman, M.L., Beites, F.J. y Gentil, V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies, 17*, 151-159.

Tejeiro, R. (1996). *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras. Prevalencia y características sociodemográficas*. Algeciras. JARCA.

Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España): Prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias, 23*, 53-74.

Tenorio, J. y Marcos, J.A. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicólogo, 77*, 58-63.

Teo, P., Mythily, S., Anantha, S. y Winslow, M. (2007). Demographic and clinical features of 150 pathological gamblers referred to a community addictions programme. *Annals of the Academy of Medicine, 36,* 165-168.

Thomas, A. y Moore, S. (2002). The interactive effects of avoidance coping and dysphoric mood on problem gambling for female and male gamblers. *Journal of Gambling Issues, 8,* 1-24.

Toneatto, T. (2000). Relatonship betwen gender and substance use among treatment-seeking gamblers. *Journal of Gambling Issues, 1*, 1-12.

Toneatto, T. y Brennan, J. (2002). Pathological gambling in treatment-seeking substance abusers. *Addictive Behaviors, 27*, 465-469.

Toneatto, T. y Millar, G. (2004). The assessment and treatment of problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 173–181.

Toneatto, T. y Skinner, W. (2000). Relationship between gender and substance use among treatment-seeking gamblers. *Journal of Gambling Issues, 1*, 1-11.

Toneatto, T., Ferguson, D. y Brennan, J. (2003). Effect of a New Casino on problem gambling in treatment-seeking substance abusers. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 40-44.

Trevorrow, K. y Moore, S. (1998). The association between loneliness, social isolation and women's electronic gaming machine gambling. *Journal of Gambling Studies, 14*, 263–284.

Tyrer, P. (1989). *Classification of Neurosis.* London: Wiley.

Urbanoski, K.A. y Rush, B.R. (2006). Characteristics of people seeking treatment for problem gambling in Ontario: Trends from 1998 to 2002. *Journal of Gambling Studies, 16*, 1-21.

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.

Villoria, C. (2005). *Modelo de Componentes Motivacionales del Juego de Azar con Apuesta*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Vitaro, F., Arseneault, L. y Tremblay, R.E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1769-1770.

Vitaro, F., Wanner, B., Brendgen, M. y Tremblay, R.E. (2008). Offspring of parents with gambling problems: Adjustment problems and explanatory mechanisms. *Journal of Gambling Studies, 24*, 535-553.

Volberg, R.A. (1991). *The prevalence and treatment of compulsive gambling in the United States*. Comunicación presentada en la Fifth National Conference on Gambling Behavior. Duluth: MN.

Volberg, R.A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health, 84*, 237-241.

Volberg, R.A. (1996). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies, 12,* 111-128.

Volberg, R.A (2003). Guest editorial. *Journal of Gambling Issues, 8*, 1-7.

Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1989). Policy implications of prevalence estimates of pathological gambling. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Ed.), *Compulsive gambling: Theory, research and pructice* (pp. 163-174). Lexington, MA: Lexinpton Books.

Volberg, R.A. y Wray, M. (2007). Legal Gambling and Problem Gambling as Mechanisms of Social Domination. Some Considerations for Future Research. *American Behavioral Scientist, 51*, 56-85.

Volberg, R.A., Abbott, M.W., Rönnberg, S. y Munck, I. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 250-256.

Waldeck, T.L. y Miller, L.S. (1997). Gender and impulsivity differences in licit substance use. *Journal of Substance Abuse 9*, 269–275.

Walker, M.B. (1992). *The psychology of gambling.* New York: Pergamon.

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K. B. y Kessler, R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 629–640.

Wardle, H., Sproston, K., Orford, J., et al. (2007). *British Gambling Prevalence Survey 2007*. London: UK National Centre for Social Research.

Watson, S., Pearson, L.J., Moore, R.S., et al. (2004). The legalization of internet gambling: a consumer protection perspective. *Journal of Public Policy and Marketing, 23*, 209–213.

Weiss, L. y Petry, N. (2008). Psychometric properties of the Inventory of Gambling Situations with a focus on gender and age differences. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 321-328.

Welte, J.W, Barnes, G.M., Wieczorek, W.F, Tidwell, M. y Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among US adults: Prevalence, demographic patterns, and comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 706–712.

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.

Welte, J.W., Barnes, G.M., Wieczorek, W.F., et al. (2004). Gambling participation and pathology in the United States—A sociodemographic analysis using classification trees. *Addictive Behaviors, 29*, 983–989.

Welte, J.W., Barnes, G.M., Wieczorek, W.F., Tidwell, M.C. y Parker, J.C. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors, 29*, 323-335.

Welte, J.W., Wieczorek, W.F., Barnes, G.M. y Tidwell, M.C. (2006). Multiple risk factors for pathological gambling: Individual, social and ecological. *Journal of Applied Social Psychology, 36*, 1548-1568.

Wenzel, H.G. y Dahl, A.A. (2009). Female Pathological Gamblers—A Critical Review of the Clinical Findings. *International Journal of Mental Health and Addiction, 7,* 190–202.

Westermeyer, J., Canive, J., Garrard, J., Thuras, P. y Thompson J. (2005). Lifetime prevalence of pathological gambling among american indian and hispanic american veterans. *American Journal of Public Health, 95*, 860-866.

Westphal, J. y Johnson, J. (2003). Gender differences in psychiatric comorbidity and treatment seeking among gamblers in treatment. *Journal of Gambling Issues, 8,* 1-15.

Westphal, J.R., Rush, J.A., Stevens, L. y Johnson, L.J. (2000). Gambling behavior of Louisiana students in grades 6 through 12. *Psychiatric Services, 51*, 96-99.

Wiebe, J.M. y Cox, B.J. (2005). Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R. *Journal of Gambling Studies, 21*, 205-221.

Williams, R. J., West, B.L. y Simpson, R.I. (2007). Prevention of problem gambling. En G. Smith, D.C. Hodgins y R.J. Williams (Ed.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 399-435). New York: Elsevier.

Williams, R.J., Connolly, D., Wood, R.T. y Nowatzki, N. (2006). Gambling and problem gambling in a sample of university students. *Journal of Gambling Issues, 16*, 1-14.

Windle, M. y Scheidt, D.M. (2004). Alcoholic subtypes: Are two sufficient? *Addiction, 99*, 1508-1519.

Winters, K.C. y Rich, T. (1998). A twin study of adult gambling behavior. *Journal of Gambling Studies, 14*, 213–225.

Wohl, M.J. y Enzle, M.E. (2003). The effects of near wins and near losses on self-perceived personal luck and subsequent gambling behavior. *Journal of Experimental Social Psychology, 39*, 184-191.

Wong, I.L.K. y So, E.M.T. (2003). Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1353-1356.

Worell, J. y Remer, P. (2003). *Feminist perspectives in therapy: Empowering diverse women*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Wray, I. y Dickerson, M. (1981). Cessation of high frequency gambling and withdrawal" symptons. *British Journal of Addictions, 76,* 401-405.

Wynne, H. (2002). *Gambling and problem gambling in Saskatchewan.* Regina, SK: Report prepared for Saskatchewan Health.

Yu, J., Lin, S., Zhang, J., Otmishi, P. y Guardiola, J.J. (2007). Airway nociceptors activated by pro-inflammatory cytokines. *Respiratory Physiology and Neurobiology, 156*, 116–119.

Zald, D.H., Boileau, I., El-Dearedy, W., Gunn, R., McGlone, F., Dichter, G.S. y Dagher, A. (2004). Dopamine Transmission in the Human Striatum during Monetary Reward Tasks. *The Journal of Neuroscience, 4*, 4105-4112.

Zitlow, D. (1992). *Incidence and comparative study of compulsive gambling behaviors betwen Indian and non-Indians within and near a northern plains reservation*. Bemidji, MN: Indian Health Service, Bemidji Area Office.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation-seeking: Beyond the optimal level of arousal.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

APÉNDICES

Entrevista Estructurada de la Historia de Juego

(Echeburúa y Báez, 1994)

NOMBRE: **Nº:**

TERAPEUTA: **FECHA:**

1. ¿A qué edad comenzó a jugar?

2. ¿En qué juegos?

3. ¿Con qué frecuencia y cuánto dinero gastaba originalmente?

4. ¿Por qué motivos comenzó a jugar? (pensamientos sobre ganancias, pasarlo bien, algo prohibido, personas que le incitaban, soledad, tristeza o aburrimiento, etc.)

5. ¿A qué edad y en qué sentido comenzó el juego a ser un problema para usted?

6. ¿Coincide esto con algún acontecimiento en su vida?

7. ¿Cómo ha evolucionado el problema hasta ahora? (altibajos, períodos de no-juego...)

8. ¿Ha recibido tratamiento alguna vez por este problema?

9. ¿Cómo ha repercutido este problema en:

su familia:

su pareja:

su trabajo:

sus estudios:

sus relaciones sociales:

sus actividades de ocio:

su economía:

su salud:

10. ¿Hay o ha habido en su familia alguna persona con problemas de juego?

CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO DE SOUTH OAKS (SOGS)
(South Oaks Foundation, 1992. Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994)

NOMBRE: **Nº:**

TERAPEUTA: **FECHA:**

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida. Señale para cada tipo una contestación:

1	2	3
Nunca	Menos de una vez por semana	Una vez por semana o más

	1	2	3
Jugar a las cartas con dinero de por medio			
Apostar en las carreras de caballos			
Apostar en el frontón o en los deportes rurales			
Jugar a la lotería, quinielas, primitiva, a la bono-loto, ciegos			
Jugar en el casino			
Jugar al bingo			
Especular en la bolsa de valores			
Jugar en las máquinas tragaperras			
Practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta			

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar **en un solo día?**
(Ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso)

Nunca he jugado dinero	
Menos de 6 €	
Entre 6 € y 29 €	
Entre 60 € y 300 €	
Entre 30 € y 59 €	
Más de 300 €	

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas tiene o ha tenido un problema de juego

Padre	Madre	Hermano	Abuelo	Pareja	Hijo	Otro familiar	Amigo o alguien importante

4. Cuando usted juega dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?

Nunca	Algunas veces, pero menos de la mitad	La mayoría de las veces que pierdo	Siempre que pierdo

5. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

Nunca	Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido	La mayoría de las veces

6. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

No	Ahora no, pero en el pasado sí	Ahora sí

	SÍ	NO
7. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?		
8. ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?		
9. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?		
10. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?		
11. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?		
12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas con que convive sobre la forma de administrar el dinero?		
13. (Si ha respondido **sí** a la pregunta anterior) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones económicas sobre el juego apostado?		
14. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?		
15. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?		

16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso)

a) del dinero de casa	
b) a mi pareja	
c) a otros familiares	
d) de bancos y cajas de ahorro	
e) de tarjetas de crédito	
f) de prestamistas	
g) de la venta de propiedades personales o familiares	
h) de una cuenta de crédito en el mismo casino	
i) de la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos	

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS SOBRE EL JUEGO
(Echeburúa y Báez, 1991)

NOMBRE: **Nº:**

TERAPEUTA: **FECHA:**

A. SESGOS COGNITIVOS EN RELACIÓN CON LA CONDUCTA DE JUEGO

	SÍ	NO
1. Me fijo mucho en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto.		
2. Tengo un "sistema" para ganar en el juego.		
3. Si gano, tiendo a pensar que soy hábil y que lo he hecho bien.		
4. Pienso que si juego el tiempo suficiente recuperaré mis pérdidas.		
5. Cuando gano, pienso que soy más listo que los demás.		
6. Pienso que a la larga ganaré.		
7. No pienso en las consecuencias negativas, sólo en que me puede tocar o puedo ganar.		
8. Si pierdo, pienso que es debido a la mala suerte.		
9. Si pierdo, pienso que es debido a que no estoy concentrado		
10. Cuando pierdo y he estado "cerca", pienso que "casi gano".		
11. A veces voy con la "sensación" de que voy a ganar.		
12. Creo que ganar es una cuestión de suerte más que de probabilidad.		
13. Tengo manías, como llevar la misma ropa, amuletos, juegos mentales con números, etc.		
14. Pienso en todo lo que puedo comprarme o regalar a alguien, pues es así como me siento bien.		
15. Considero el dinero robado para jugar como un préstamo.		

PUNTUACIÓN EN LA SUBESCALA "A": ------ (rango 0-15)

B. SESGOS COGNITIVOS EN RELACIÓN CON LA ADICCIÓN AL JUEGO

	SÍ	NO
1. Yo soy un jugador patológico.		
2. Podré jugar como otras personas y no tendré problema.		
3. Si me tocara mucho dinero, se solucionarían todos mis problemas		
4. Me siento responsable de las consecuencias negativas ocasionadas por el juego (situación económica familiar, relaciones familiares y de amigos tensas, problemas en el trabajo...).		
5. Toda mi vida es un fracaso		
6. Suelo malinterpretar los intentos de ayuda de familiares y amigos		

PUNTUACIÓN EN LA SUBESCALA "B": ------ (rango 0-6)

PUNTUACIÓN TOTAL EN EL INVENTARIO ("A"+"B"): ------

C. ESTILO ATRIBUCIONAL Y LOCUS DE CONTROL EN RELACIÓN CON LA ADICCIÓN AL JUEGO

	SÍ	NO
1. Soy un enfermo y, por lo tanto, no tengo ninguna responsabilidad sobre lo que hago.		
2. "Algo" me sucede y entonces pierdo el control.		
3. Cuando algo me incita a jugar no puedo hacer otra cosa.		
4. Siempre pienso que la vida será problemática en todos los aspectos.		
5. Aunque me recupere del problema del juego, tengo una serie de problemas a los que no nunca podré hacer frente (deudas, relaciones con familiares y amigos deterioradas, causas judiciales pendientes, etc.)		
6. Si después de conseguir dejar de jugar, un día juego algo, volveré irremediablemente a jugarlo todo.		

PUNTUACIÓN EN LA SUBESCALA "C": ------ (rango 0-6)

D. DESCRIBA AQUELLOS PENSAMIENTOS QUE PASEN POR SU MENTE:

-Antes de jugar:

-Mientras juega:

-Después de jugar:

EBS - forma V

NOMBRE: Nº:
TERAPEUTA: FECHA:

Lee atentamente cada una de las frases y haz un aspa (X) la alternativa que más se ajusta a tu forma de ser.

		SÍ	NO
1.	A menudo desearía ser un escalador de montañas		
2.	Me gustan algunos olores corporales		
3.	Me gustan las fiestas desenfrenadas y desinhibidas		
4.	No puedo permanecer en el cine cuando he visto la película		
5.	Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos		
6.	Me gusta explorar una ciudad o un barrio desconocido, aunque pueda perderme		
7.	Me gusta la compañía de personas liberadas, que practican el "cambio de parejas"		
8.	Me aburro de ver las mismas caras de siempre		
9.	Me gustaría practicar el esquí acuático		
10.	He probado "marihuana" u otras hierbas, o me gustaría hacerlo		
11.	A menudo me gusta ir "colocado" (bebiendo alcohol o fumando "hierba")		
12.	Cuando puedes predecir casi todo lo que va a decir o hacer una persona, puedes considerar a ésta como una persona aburrida		
13.	Me gustaría practicar el "Wind-surfing"		
14.	He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones		
15.	Me gusta tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, aunque sean poco convencionales, o incluso ilegales		
16.	Generalmente no me divierten las películas o juegos en los que puedo predecir de antemano lo que va a suceder		
17.	Me gustaría aprender a volar en avioneta		
18.	Me gusta probar comidas nuevas que no he probado antes		
19.	Me gusta salir con personas del sexo opuesto que sean físicamente excitantes		
20.	Ver películas o diapositivas de viajes en casa de alguien me aburre tremendamente		
21.	Me gustaría practicar el submarinismo		
22.	Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración ni su itinerario		

		SÍ	NO
23.	Tener muchas bebidas es la clave de la fiesta		
24.	Prefiero los amigos que son imprevisibles		
25.	Me gustaría probar a lanzarme en paracaídas		
26.	Me gustaría hacer amigos procedentes de “grupos marginales”		
27.	Una persona debería tener considerable experiencia sexual antes del matrimonio		
28.	Me siento intranquilo si no me puedo mover alrededor de mi casa durante un largo período de tiempo		
29.	Me gusta saltar desde trampolines altos en las piscinas		
30.	Me gustaría conocer a personas que son homosexuales (hombres o mujeres)		
31.	Me imagino buscando placeres alrededor del mundo con personas de la alta sociedad		
32.	El peor pecado social es ser aburrido		
33.	Me gustaría recorrer una gran distancia en un pequeño velero		
34.	Frecuentemente encuentro preciosos los colores chocantes y las formas irregulares de la pintura moderna		
35.	Me gusta ver las escenas de sexo de las películas		
36.	Me gusta la gente aguda e ingeniosa, aunque a veces ofenda a otros		
37.	Me gustaría la sensación de bajar esquiando muy rápido por la pendiente de una gran montaña		
38.	La gente puede vestirse como quiera, aunque sea de una forma extravagante		
39.	Me siento muy bien después de tomarme unas copas de alcohol		
40.	No tengo paciencia con las personas grises o aburridas		

BIS - 10

NOMBRE: Nº:

TERAPEUTA: FECHA: EVALUACIÓN:

Las frases que aparecen a continuación se refieren a diferentes formas de actuar. Lee atentamente cada una de ellas, y marca con una "X" la alternativa que más se ajusta a tu forma de ser. MUCHAS GRACIAS.

1	2	3	4	5
Casi nunca/ nunca	Algunas veces	A veces sí/ a veces no	Bastantes veces	Casi siempre/ siempre

	1	2	3	4	5
1. Planeo cuidadosamente lo que voy a hacer					
2. Hago cosas sin pensar					
3. Me decido rápidamente					
4. Soy despreocupado/a y no previsor/a					
5. No presto atención a las cosas					
6. Tengo pensamientos rápidos					
7. Planeo mis viajes con bastante antelación					
8. Me se controlar					
9. Me concentro fácilmente					
10. Ahorro regularmente					
11. Estoy inquieto/a cuando acudo a teatros o conferencias					
12. Soy una persona reflexiva					
13. Digo cosas sin pensar					
14. Me gusta pensar en problemas complejos					
15. Cambio de tareas constantemente					
16. A veces me dan "venadas					
17. Me aburro fácilmente cuando tengo que resolver problemas que exigen pensar mucho					
18. Suelo acabar lo que empiezo					
19. Actúo de forma impulsiva					
20. Me pienso bastante todo					
21. Planifico mi futuro					
22. Compro cosas dejándome llevar por mis impulsos					
23. No puedo pensar en más de una cosa a la vez					
24. Cambio de "hobbies" y aficiones					
25. Me muevo y ando rápido					
26. Resuelvo problemas por ensayo y error					
27. Gasto más de lo que puedo					
28. Hablo rápido					
29. A veces tengo pensamientos extraños					
30. Estoy más interesado en el presente que en el futuro					
31. Me impaciento cuando tengo que estar quieto					
32. Me gustan los "puzzles"					
33. Pienso en el futuro					

ESCALA DE AUTOESTIMA

NOMBRE: Nº:

TERAPEUTA: FECHA: EVALUACIÓN:

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ítems	**Valoración**
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo

STAI

NOMBRE: Nº:

TERAPEUTA: FECHA: EVALUACIÓN:

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Ud. EN LOS ÚLTIMOS DÍAS**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0=nada 1=algo 2=bastante 3=mucho

		A/E
1.	Me siento calmado	0 1 2 3
2.	Me siento seguro	0 1 2 3
3.	Estoy tenso	0 1 2 3
4.	Estoy contrariado	0 1 2 3
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0 1 2 3
6.	Me siento alterado	0 1 2 3
7.	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras	0 1 2 3
8.	Me siento descansado	0 1 2 3
9.	Me siento angustiado	0 1 2 3
10.	Me siento confortable	0 1 2 3
11.	Tengo confianza en mí mismo	0 1 2 3
12.	Me siento nervioso	0 1 2 3
13.	Estoy desasosegado	0 1 2 3
14.	Me siento muy “atado” (como “oprimido”)	0 1 2 3
15.	Estoy relajado	0 1 2 3
16.	Me siento satisfecho	0 1 2 3
17.	Estoy preocupado	0 1 2 3
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado	0 1 2 3
19.	Me siento alegre	0 1 2 3
20.	En este momento me siento bien	0 1 2 3

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Ud. NORMALMENTE** en la mayoría de ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la que mejor describa cómo se siente generalmente.

0 = Casi nunca 1 = A veces 2 = A menudo 3 = Casi siempre

		A/R
21.	Me siento bien	0 1 2 3
22.	Me canso rápidamente	0 1 2 3
23.	Siento ganas de llorar	0 1 2 3
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros	0 1 2 3
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0 1 2 3
26.	Me siento descansado	0 1 2 3
27.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0 1 2 3
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0 1 2 3
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0 1 2 3
30.	Soy feliz	0 1 2 3
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0 1 2 3
32.	Me falta confianza en mí mismo	0 1 2 3
33.	Me siento seguro	0 1 2 3
34.	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0 1 2 3
35.	Me siento triste (melancólico)	0 1 2 3
36.	Estoy satisfecho	0 1 2 3
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0 1 2 3
38.	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0 1 2 3
39.	Soy una persona estable	0 1 2 3
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0 1 2 3

BDI-II FECHA:

Nombre:.....Edad:.....Sexo:.....

Estado Civil:.....Profesión:.....Estudios:.....

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1. Tristeza

0 No me siento triste habitualmente.
1 Me siento triste gran parte del tiempo.
2 Me siento triste continuamente.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
2 No espero que las cosas mejoren.
3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de Fracaso

0 No me siento fracasado.
1 He fracasado más de lo que debería.
2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de Placer

0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que esté siendo castigado.
1 Siento que puedo ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado

7. Insatisfacción con uno mismo.

0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
1 He perdido confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto.

8. Auto-Críticas

0 No me critico o me culpo más que antes.
1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2 Critico todos mis defectos.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos de Suicidio

0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
2 Me gustaría suicidarme.
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Lloro por cualquier cosa.
3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

____ Puntuación Página 1

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE⇒

Copyright © por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estarme quieto.
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

0 No me siento inútil.
1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.
1 Tengo menos energía de la que solía tener.
2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño.

0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
1a Duermo algo más de lo habitual.
1b Duermo algo menos de lo habitual.
2a Duermo mucho más de lo habitual.
2b Duermo mucho menos de lo habitual.
3a Duermo la mayor parte del día.
3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable de lo habitual.
1 Estoy más irritable de lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
2a Mi apetito es mucho menor que antes.
2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
3a He perdido completamente el apetito.
3b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
3 He perdido completamente el interés por el sexo.

_____ Puntuación Página 1

_____ Puntuación Página 2

_____ PUNTUACIÓN TOTAL (Págs. 1+2)

Copyright © por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

AUDIT

NOMBRE: **Nº:**

TERAPEUTA: **FECHA:** **EVALUACIÓN:**

Ítems	**Valoración**
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	0. Nunca 1. Una vez al mes o menos 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. 4 o más veces por semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que esté tomando alcohol?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia consume seis copas o más en una ocasión?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Una vez al mes 3. Una vez por semana 4. A diario o casi a diario
4. ¿Cuantas veces durante el último año observó que no era capaz de dejar de beber una vez que empezaba?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Una vez al mes 3. Una vez por semana 4. A diario o casi a diario
5. ¿Cuántas veces durante el último año ha dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Una vez al mes 3. Una vez por semana 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia, durante el último año, ha necesitado beber por la mañana para poder "arrancar", después de haber consumido mucho alcohol el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Una vez al mes 3. Una vez por semana 4. A diario o casi a diario
7. ¿Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable o ha tenido remordimientos después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Una vez al mes 3. Una vez por semana 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Una vez al mes 3. Una vez por semana 4. A diario o casi a diario
9. ¿Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol?	0. No 1. Sí, pero no durante el último año 2. Sí durante el último año
10. ¿Se ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional sobre su consumo de bebidas alcohólicas, o le han sugerido que no beba tanto?	0. No 1. Sí, pero no durante el último año 2. Sí durante el último año

ESCALA DE INADAPTACIÓN (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

NOMBRE: FECHA: Nº:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

1	2	3	4	5	6
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Ítems	Valoración
Trabajo y/o Estudios A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
Vida social A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
Tiempo libre A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
Relación de pareja A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
Vida familiar A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo
Escala global A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:	1. Nada 2. Casi nada 3. Poco 4. Bastante 5. Mucho 6. Muchísimo

ENTREVISTA CLÍNICA PARA EL GRUPO DE CONTROL

Nº

Marque con una X la casilla que corresponda:

Sexo: Mujer Hombre

Edad: Estado civil:

Nivel educativo:

Sin estudios	Primarios	Secundarios/Formación profesional	Universitarios

Situación laboral:

En activo	En paro	Ama de casa	Baja prolongada	Estudiante	Jubilado

Nivel socioeconómico:

Bajo	Medio-bajo	Medio	Medio-alto	Alto

¿Ha tenido algún trastorno del ámbito de la salud mental? ¿De qué tipo?

¿Tiene antecedentes familiares de problemas con la bebida?

¿Tiene problemas con alguna de estas sustancias o conductas?

Abuso de alcohol

Abuso de drogas

Abuso de juego de apuestas