



## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Eva Gil Peleato.

[eva\\_evun16@hotmail.com](mailto:eva_evun16@hotmail.com)

### **INTRODUCCIÓN**

Podemos definir el juego patológico como un fracaso crónico y progresivo para resistir los impulsos de jugar, aunque tal implicación en el juego derive problemas en todos los ámbitos de la vida de la persona (personal, familiar y profesional). Por tanto, consideramos que el juego es patológico cuando: existe pérdida de control, dependencia emocional al juego, una pérdida de interés por otras actividades y una interferencia negativa en el funcionamiento normal de la vida cotidiana (Echeburúa, 2008).

El juego patológico es reconocido oficialmente como trastorno mental en 1980, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría lo incluye en el DSM-III dentro de los trastornos del control de los impulsos (Potenza, 2008). El DSM-IV mantiene el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos, y aconseja no realizar este diagnóstico si el comportamiento puede explicarse por la presencia de un episodio maníaco. Sin embargo, cada vez más autores están a favor de considerarlo como una conducta adictiva, teniendo en cuenta la similitud que guarda este problema con otras adicciones, especialmente con el alcoholismo. En el DSM-V, ya puede verse este cambio de perspectiva, ya que por primera vez se incluye en el apartado de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

La tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y 3% de la población general adulta (Becoña, 1998; Echeburúa, 2005; Fernández-Montalvo, Landa y López-Goñi, 2006; American Psychiatric Association, 2001). El inicio del trastorno se produce generalmente al inicio de la edad adulta y suele aparecer antes en hombres que en mujeres, pudiéndose iniciar en éstos en la adolescencia. El juego patológico es más frecuente en varones que en mujeres, aunque las diferencias son menores en estudios epidemiológicos que en muestras clínicas. En estudios epidemiológicos podemos hablar de una proporción 2:1 (Becoña, 1991; Ladoceur 1991; Shah, Eisen y Xian, 2005; Williams, Volberg y Stevens, 2012), mientras que la diferencia en población clínica es mucho mayor y por lo general de 10:1 (Volberg, 1990; Bisso-Andrade, 2007). Las mujeres son más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social.

Frecuentemente el inicio del trastorno es insidioso aunque también puede ser brusco, y el proceso que va desde que la persona se inicia en el juego hasta que se produce la pérdida de control suele ser largo e iniciarse en la adolescencia.

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Entre los factores predisponentes o de riesgo en el inicio de la conducta de juego podemos destacar factores personales, familiares y socioambientales. Entre las características de personalidad se han estudiado rasgos como el neuroticismo, la extroversión, el psicoticismo y factores más específicos como "la búsqueda de sensaciones" y el "locus de control", pero los resultados han sido contradictorios (Barnes y Parwani, 1987; Blaszczynski y Mconaghy, 1989; Seager, 1970; Blaszczynski, Wilson y McConaghy, 1986; Zuckerman, 1979; Malkin y Syme, 1986, citado en Robert y Botella, 2008.). Por tanto, podemos decir que no se pueden identificar dimensiones generales de personalidad que caractericen y diferencien a los jugadores patológicos. En lo que respecta a los factores biológicos tampoco existen resultados concluyentes, aunque se postula un posible déficit de serotonina, un exceso de noradrenalina, la existencia de una base genética, entre otros (Bahamón, 2006; Navarro, 1998). Actualmente, las teorías que más se aceptan son las que proponen una alteración del arousal y el papel reforzante del juego para restaurar el equilibrio. El aprendizaje juega un papel muy importante en este trastorno. La exposición al juego, el modelado por parte de madres, padres o personas cercanas y la temprana toma de contacto con juegos puede facilitar el posterior desarrollo de este problema. En cuanto a las variables cognitivas, parece ser que las personas con determinados estilos cognitivos como el pensamiento mágico o la tendencia a fantasear, tendrían mayor probabilidad para volverse dependientes. Por último, en los factores socioambientales podemos incluir la gran oferta de juegos de azar, la publicidad y la fácil accesibilidad a los mismos.

En muchas ocasiones, el juego patológico lleva asociados otros problemas. Es frecuente la asociación con el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, siendo la tasa de incidencia de alcoholismo superior entre jugadores patológicos que en población general (Montalvo, 2005; Lorains, Cowlshaw y Thomas, 2011; Peters, Nordeck, y Zanetti, 2015). El problema se ve agravado por estos consumos y las recaídas se producen con más facilidad ya que estas sustancias provocan que la persona disminuya el control que tiene sobre su comportamiento. La depresión aparece con frecuencia acompañando al juego, pudiendo ser tanto un desencadenante como el resultado de la conducta de juego (García et al. 1993, citado en Perpiñá 2008; Jauregui y Urbiola, 2015). La ansiedad también es mayor en jugadores patológicos que en población general, y aunque no hay muchos datos todavía, parece que la ludopatía está más asociada a algunos trastornos de personalidad como el trastorno antisocial, el narcisista y el límite (Fernández-Montalvo y Landa, 2003; Blaszczynski, 2002; Cowlshaw y Hakes, 2015).

Diversos autores han descrito el proceso mediante el que una persona pasa a convertirse en un jugador patológico (Custer y Milt, 1985; Lesieur y Rosenthal, 1991). Normalmente es un proceso largo y suele comenzar durante la adolescencia. Según Custer (Custer y Milt, 1985) existen tres fases: fase de ganancias, fase de pérdidas y fase de desesperación. Durante la

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

fase de ganancias, la persona juega poco y en ocasiones obtiene ganancias. Esto hace que aumente su optimismo y autoestima, y que minimice las pérdidas. En la fase de pérdidas, tras un aumento de la frecuencia de juego se incrementan tanto las pérdidas como las deudas, formándose así un círculo vicioso que hace que la persona juegue más para hacer frente a las deudas. En esta fase comienza el deterioro familiar y laboral y difícilmente se reconoce el problema. La familia suele hacerse cargo de las deudas lo que difícilmente soluciona el problema. En esta fase podemos hablar de un problema del control de los impulsos. Por último, en la fase de desesperación, el jugador recae en la conducta de juego y trata de ocultarlo, intentando hacer frente a sus deudas. Cuando es descubierto el deterioro familiar es extremo. Puede asociarse a consumo de alcohol, aparece tanto malestar físico como psicológico y pueden producirse intentos autolíticos.

En cuanto al tratamiento del juego patológico podemos decir que el objetivo inicial es la abstinencia y que es importante realizar la intervención tanto a nivel grupal como individual. La terapia de elección a nivel general está compuesta por una entrevista motivacional, la técnica de control de estímulos, exposición en vivo con prevención de respuesta e intervención cognitivo-conductual con prevención de recaídas.

### **BREVE HISTORIA CLÍNICA**

Varón de 35 años, separado desde hace 2 años y que reside en la actualidad con uno de sus hermanos. Es el menor de una fratria de 7 hermanos. Refiere tener buen apoyo familiar y actualmente no tiene pareja. Buena adaptación social y laboral (trabajo estable desde hace 10 años). Ha sufrido una situación psicosocial claramente estresante en el último año derivada de una separación de pareja y problemas económicos.

### **Motivo de consulta**

En Octubre de 2016 acude al Centro de Salud Mental de Reus, tras presentar intento autolítico en contexto de ludopatía de 6 años de evolución. Inicia juego en 2010 a raíz de problemas económicos. Juega exclusivamente en bares, a máquinas tragaperras hasta agotar fondos. Solicita créditos para hacer frente a deudas. Fuertes sentimientos de culpabilidad y arrepentimiento.

### **Antecedentes personales**

No presenta antecedentes psiquiátricos. No padece ninguna enfermedad física ni tiene rasgos de personalidad anómalos previos a la ludopatía. La adaptación social y laboral premórbida es buena. Como variables de vulnerabilidad, destacar la introversión y la dificultad en el afrontamiento de problemas (negación).

## JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

### **Antecedentes familiares**

No existen antecedentes familiares de interés.

### **Enfermedad actual**

El paciente acude al CSM-Reus por primera vez en octubre de 2016, acompañado por su hermano, tras presentar intento autolítico en contexto de ludopatía de unos 6 años de evolución. Refiere tristeza, malestar, ansiedad, desesperanza hacia el futuro, ideas de culpabilidad, bloqueo, anhedonia, inseguridad, problemas de sueño y rumiación.

En 2010 empieza a jugar a raíz de unas dificultades económicas, debidas a la pérdida de trabajo de su pareja. Comienza a jugar a las máquinas tragaperras con poca cantidad de dinero, pero cada vez juega mayores cantidades y con más frecuencia con afán de recuperar el dinero perdido. La situación va empeorando progresivamente con lo que empieza a solicitar créditos para ir haciendo frente a las deudas contraídas. Veía el juego como una salida para conseguir dinero rápido y lleva 6 años jugando. Juega exclusivamente en bares cercanos a su domicilio y en máquinas tragaperras. Nunca frecuenta salas de juego ni bingos y siempre juega en solitario. No tiene ninguna dificultad para acceder al dinero ya que él administra el dinero en casa. Las sesiones de juego suelen durar varias horas y juega hasta agotar fondos (en el último año ha tenido importantes pérdidas de dinero). Con frecuencia recurre a mentiras para conseguir ocultar la conducta de juego.

En 2014 rompe con su pareja tras cinco años de relación. En septiembre de 2016 se realiza lesiones profundas en ambos antebrazos con finalidad autolítica. Las oculta al no conseguirlo. La semana anterior a la consulta en CSM, intentó ahorcarse pero no pudo llevarlo a cabo porque se rompió la rama del árbol. Tres días después, cuando iba a volver a intentarlo, la familia sospechó algo y no lo dejaron solo por lo que acabó explicando lo sucedido. Explica que no veía otra salida a la situación, dice que no era capaz de encontrar una solución.

Durante la primera entrevista comenta que lleva 20 días sin jugar y está evitando situaciones que considera que pueden desencadenar un episodio de juego. Ha dejado de ir a bares y está algo más animado. Explica que se desesperó por diferentes motivos: el juego, los problemas de pareja y porque no veía posible el control de la situación de juego. La familia se ha hecho cargo de parte de la deuda y le quedan pendientes 1500 euros, que va pagando cada mes. Desde entonces, se ha ido a vivir con uno de sus hermanos para tener un mayor control. En la exploración hace crítica de la ideación autolítica. Se siente mejor desde que ha podido explicar su situación. Se le propone acudir a terapia de grupo y acepta.

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS**

La técnica de evaluación que se ha utilizado de forma principal es la entrevista. El paciente acudía a terapia individual aproximadamente cada dos semanas por lo que se ha podido hacer un buen seguimiento.

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron fueron los siguientes: El Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS, South Oaks Foundation, 1992) que es el instrumento más fiable y válido para diagnosticar juego patológico, e incluso para detectar problemas de juego incipientes (De acuerdo a los criterios del DSM-III-R). Se le administró antes de iniciar el tratamiento por ser un instrumento específico para evaluar el juego patológico y para determinar el grado de dependencia que tiene el paciente, qué conductas relacionadas con el juego lleva a cabo o qué emociones tiene. Obtuvo una puntuación de 12, lo que indica que tiene graves problemas con el juego.

La Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11, Patton, Stanford y Barrat, 1995) que se ha utilizado en este caso porque los jugadores patológicos suelen tener asociado un rasgo de impulsividad alto y es importante tenerlo en cuenta a la hora de proponer una intervención. El paciente obtiene puntuaciones elevadas en las distintas subescalas (especialmente en la subescala motora), lo que nos indica que es una persona con un rasgo de impulsividad alto, por lo que actúa y piensa frecuentemente por impulsos sin hacer una buena reflexión.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck 1996) que se utiliza para medir la severidad de la depresión. En este caso aparece una depresión moderada (puntuación 13 en la versión corta de 13 ítems), lo que indica que la sintomatología depresiva acompaña a la ludopatía a lo largo del proceso.

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

Teniendo en cuenta todos los datos anteriores plantear los posibles diagnósticos diferenciales.

Vamos a utilizar el sistema clasificatorio CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud) para realizar el diagnóstico del paciente, aunque se nombra el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) al tener en cuenta un aspecto puntual del mismo que se considera de relevancia en este punto.

El caso no plantea excesivas dudas al ser evidente la conducta de juego del paciente. Sin embargo, tomamos en cuenta la recomendación del DSM-IV de no hacer un diagnóstico de juego patológico si el comportamiento puede explicarse por la presencia de un episodio maníaco ya que incluye entre sus criterios la implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (Ej: compras irrefrenables,

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

inversiones económicas alocadas...). Se descarta el diagnóstico en este caso ya que no se cumple criterios para ello, y siendo el estado de ánimo del paciente totalmente opuesto.

Prestando atención a la sintomatología depresiva que presenta, hacemos diagnóstico diferencial con un episodio depresivo (CIE-10, F.32), ya que cumple varios de los criterios propuestos para el mismo (pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inutilidad, ideas de culpa, perspectiva sombría de futuro, pensamientos y actos suicidas o autoagresiones, problemas de sueño). Finalmente, se realiza diagnóstico de reacción mixta de ansiedad y depresión (CIE-10, F.43.22), al considerar las alteraciones emocionales como un proceso adaptativo a distintos acontecimientos vitales estresantes. Se considera la conducta de juego como diagnóstico principal y la sintomatología ansiosa y depresiva reactiva a la misma.

### **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

Se hace diagnóstico de ludopatía (F.63 Diagnóstico principal) y de reacción mixta de ansiedad y depresión (F.43.22).

### **TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS**

El objetivo terapéutico general que se propone para este paciente es la abstinencia total del juego. Se plantea tratamiento tanto a nivel individual como grupal. El tratamiento grupal se lleva a cabo a lo largo de 22 sesiones semanales de una hora y media de duración durante 6 meses. La intervención individual se realiza con el paciente aproximadamente cada 15 días. La terapia de elección a nivel general está compuesta principalmente por una fase psicoeducativa, la técnica de control de estímulos, la exposición en vivo con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y una fase dedicada a la prevención de recaídas.

Las técnicas que se han utilizado a lo largo del tratamiento han sido las siguientes:

-Información sobre el juego. Al comienzo del tratamiento se dio información al paciente sobre el juego para mejorar sus conocimientos sobre los juegos de azar y de dinero. Se le planteó el juego patológico como una conducta adictiva. Se le explicaron también las distintas fases que atraviesa una persona para pasar de ser un jugador social a jugador patológico. Y por último, se le pautó realizar un registro de la conducta de juego.

-Intervención conductual: Control de estímulos y de dinero. Resulta fundamental en el tratamiento del juego patológico, siendo muy importante en etapas iniciales.

Control de estímulos: Se pretendió que el paciente evitara el entorno de juego. Se le indicó la importancia de que evitara los lugares y recorridos donde jugaba, que evitara entrar a los establecimientos donde jugaba, la compañía de otros jugadores y que se autoprohibiera la entrada a las salas de juego en caso de ser necesario.

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Control de dinero: Se le explicó la necesidad de establecer previamente una cantidad diaria mínima de dinero (inicialmente no llevar dinero encima) y se indicó un control de gastos mediante la justificación de recibos (registro del control de dinero). Se le pautó no tener accesibilidad a las libretas, tarjetas de crédito y cuentas corrientes. En las etapas iniciales es fundamental que el paciente lleve un control estricto. Poco a poco y según fue avanzando en el tratamiento, este control se fue reduciendo progresivamente para irse adaptando a las condiciones naturales. Fue importante contar con la ayuda de su hermano (con el que vive) que realizó la función de coterapeuta.

-Exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos. Se expuso al paciente a situaciones que inducen a jugar para que sintiera la necesidad de llevar a cabo la conducta, pero sin permitirle jugar y facilitándole conductas alternativas. Se le pidió que se fijara en las reacciones y conductas de las personas que juegan y si no juega nadie, reflexionara sobre qué siente y qué piensa e hiciera un registro escrito. En las primeras sesiones el control de dinero tiene que ser estricto y el paciente tiene que ir acompañado por otra persona. Conforme vaya avanzando y haciendo exposiciones el control será menor, y al final el paciente irá sólo y con dinero. Es necesario medir la ansiedad tanto al comienzo como al final de la exposición, teniendo que ser menor a la terminación de la misma.

-Intervención cognitiva. Se utilizó para identificar y modificar las creencias irracionales que presentaba el paciente en relación al juego, que favorecen esta conducta y la mantienen. Una de las creencias equivocadas que presentaba era la ilusión de control en la que los jugadores confunden el azar con la habilidad para el juego. Es decir, piensan que tienen una cualidad especial para ganar y que poseen ciertas estrategias para controlar el resultado. Otras distorsiones cognitivas que presentaba eran: creer que podía predecir el resultado, pensar que los éxitos eran debidos a factores personales y los fracasos a factores externos, considerar las jugadas como hechos relacionados y pensar que si una jugada llevaba tiempo sin salir era más probable que saliera, juzgar más probables las ganancias ya que se les hace más publicidad, tenía conductas supersticiosas y pensaba en lo que ganaba sin tener en cuenta lo perdido. Las creencias irracionales se han trabajado tanto a nivel individual como en grupo, ya que resulta fundamental modificarlas. A esta parte del tratamiento se le dio mucha importancia en la intervención grupal, ya que es el contexto idóneo para que vayan apareciendo diversos pensamientos y entre todos poder ir modificándolos por otros más adaptativos y racionales.

-Prevención de recaídas. Se trató de que el paciente fuera capaz de identificar situaciones de riesgo y se le entrenó en distintas habilidades para que hiciera frente a situaciones específicas y pudiera superar los momentos críticos. La prevención de recaídas incluyó practicar actividades reforzantes alternativas al juego que fueran agradables, evitar la soledad, hacer una lista de las consecuencias negativas de la adicción al juego, aprender a resistir la presión

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

social, saber identificar un conflicto personal, cambios en los hábitos y el estilo de vida, etc. Se trabajaron las recaídas a nivel grupal, siendo importante aceptar que son parte del proceso.

-Técnicas complementarias. En la intervención grupal se han trabajado técnicas de control de estrés, se ha realizado un entrenamiento en habilidades sociales, un entrenamiento en resolución de problemas y se ha trabajado la autoestima del paciente. En este caso, fue muy importante este entrenamiento ya que el paciente es una persona muy tímida a la que le cuesta interaccionar con otras personas y tiene dificultad para afrontar los problemas que le surgen tendiendo a evitarlos. Se trabajó la sintomatología depresiva con el paciente de manera individual y no se indicó tratamiento farmacológico.

### **EVOLUCIÓN**

La evolución de este paciente fue muy favorable durante los 4 meses que pude realizar el seguimiento. El paciente se mantenía sin jugar desde el inicio del tratamiento en CSM (hasta ese momento no hubo recaídas) y se mostraba muy motivado y colaborador durante todo el proceso. Asistió al grupo de terapia con regularidad y se convirtió en un modelo positivo para el resto de sus compañeros. Se le preguntó si estaba cómodo en el grupo y si quería dejarlo cuando llevaba aproximadamente 3 meses sin jugar (ya que iba más avanzado en el tratamiento que sus compañeros), pero comentó que se sentía bien en el grupo y que lo valoraba positivamente como refuerzo para mantenerse abstinentes. Poco a poco el control de estímulos fue haciéndose menos estricto. A lo largo de todo el proceso repetía sin parar que no quería volver al juego, que cada vez se sentía mejor y que ya no le agobiaban tanto las cosas. El paciente tenía un poco más de acceso al dinero, pero el control de la cuenta bancaria y la administración del dinero la seguía llevando su hermano. Fue un gran logro el poder realizar la exposición en vivo. El paciente lo vivió como una buena experiencia y pudo explicarlo a sus compañeros. Fue muy reforzante para él y le animó a seguir avanzando en el tratamiento. Se hizo un gran trabajo a nivel cognitivo, el paciente consiguió ver lo equivocado que estaba echando tanto dinero en la máquina y lo improbable que es ganar. Hizo grandes avances a este nivel y tenía creencias mucho más ajustadas a la realidad. Se trabajó el tema del intento autolítico del que el paciente hacía crítica desde el comienzo. Cada vez se sentía más animado, con más ganas de hacer cosas y veía con esperanza el futuro. Explicó que antes no veía solución a su situación de juego, pero que se sentía mucho mejor desde que pudo contarlo a su familia.

### **ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA**

Breve explicación de la evidencia científica actual sobre el tema tratado en el caso.

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Para realizar una breve actualización del tema, considero fundamental tratar las siguientes cuestiones. La primera tendría que ver con la conceptualización del trastorno al considerarlo como un trastorno del control de los impulsos o una conducta adictiva. Tal y como se ha comentado al inicio del caso, cada vez más autores están a favor de considerar el juego patológico como una conducta adictiva, teniendo en cuenta la similitud que guarda este problema con otras adicciones, especialmente con el alcoholismo. En la nueva edición del DSM5 (American Psychiatric Association, 2013) ya puede verse este cambio de perspectiva. Las adicciones no se limitan exclusivamente a las conductas problemáticas generadas por algunas sustancias químicas, sino que algunas conductas normales como implicarse en juegos de apuestas, conectarse a Internet o recurrir a las redes sociales, se pueden hacer usos anormales en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último lugar, en función del grado de interferencia negativa en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echeburúa y Corral, 2008). Por tanto, podríamos tratar la ludopatía como una forma de adicción sin drogas (tal y como ha sido tratada a lo largo del caso clínico expuesto).

Otra cuestión relevante que no se abordado de una forma rigurosa es el objetivo terapéutico que se propone para la ludopatía. Tradicionalmente, y por influencia de Jugadores Anónimos, la meta propuesta ha sido la abstinencia total del juego (Ladoceur,2005) pero es un tema a debate en la actualidad. Recientemente, se ha comenzado a reconsiderar la abstinencia total como único objetivo terapéutico y se han planteado otras metas como el juego controlado. La razón de ello, es la escasa motivación que se constata en muchos casos (sólo un 10% de los sujetos identificados como jugadores patológicos están en tratamiento), como la constancia de que hay ludópatas tratados con éxito que son capaces de jugar esporádicamente sin recaer en la ludopatía. Se trataría de ofrecer un tipo de tratamiento que resulte más sugerente para atraer a los pacientes a terapia, poder mantenerlos y tratar de evitar un mayor número de recaídas. Sin embargo, los resultados empíricos obtenidos hasta el momento son inconsistentes y no parecen superar a los logrados con los programas de abstinencia.

Por último, aunque la prevalencia de la ludopatía se mantiene oscilando entre el 2 y 3% de la población adulta (Becoña, 1999), es importante tener en cuenta que la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años, y cada vez son más los adolescentes que acuden a tratamiento por problemas de juego. Finalmente, cabría destacar las nuevas formas de juego (y sus características) que podrían estar en auge en la actualidad. El juego en Internet, en la medida que facilita el anonimato, es accesible en cualquier momento y lugar y está al alcance de los menores, plantea una serie de nuevos retos y requiere una reacomodación de las terapias actualmente disponibles (Derevenski y Gupta, 2007; Griffiths y Barnes,2008;Laplante y Braverman,2010).

## JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
2. American Psychiatric Association, (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Madrid: Editorial Panamericana.
3. Bahamón, J.M. (2010). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ludopatía. Revista Electrónica de Psicología Iztacal, 13(4). 51
4. Becoña, E. (1998). Evaluación y tratamiento del juego patológico. Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz
5. Bisso-Andrade, A (2007) Ludopatía. Rev Soc Peru Med Interna, vol 20 (2)
6. Blaszczynski A, Nower L. (2002) Apathways model of problem and pathological gambling. Addiction; 97:487-499.
7. Cowlshaw S., Hakes J. (2015) Pathological and Problem Gambling in Substance Use
8. Custer, R., y Milt, H. (1985). When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families.
9. Domínguez, A. (2009) Epidemiología y factores implicados en el juego patológico.
10. Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, et al (2015) Prevalence of psychiatric comorbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and metaanalysis.
11. Echeburúa, E., Báez, C., Fernández Montalvo, J. y Páez, D. (1994) Cuestionario de Juego Patológico. Análisis y Modificación de Conducta, 74,769-791.
12. Echeburúa E., Fernández-Montalvo, J. y Báez C. (1999). Avances en el tratamiento del juego patológico. Adicciones, 11 (4), 349-361.
13. Echeburúa, E. (2005) Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. Adicciones ,17(1),11-1.
14. Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? Adicciones, 20 (4), 321-326.
15. Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Revista de socidrogalcohol, 22(2), 91-96.
16. Echeburúa ,E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez ,M. (2014) Nuevos retos en el tratamiento del Juego Patológico. Terapia Psicológica, 32 (1),31-40.
17. Espada, J.P., Olivares, J. y Méndez, F.X. (2008). Terapia psicológica. Casos prácticos. Madrid: Pirámide
18. Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. Clínica y Salud, 18 (1), 23-43.
19. Fernández-Alba, A. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. Salud y drogas, 4 (2).
20. Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. (2005) Prevalencia de juego patológico en alcoholismo: Un estudio exploratorio.

## **JUEGO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

21. Jauregui, P., Urbiola, I. (2015) Metacognition in Pathological Gambling and Its Relationship with Anxious and Depressive Symptomatology
22. Ladoceur, R (2001). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36,732-734
23. Lesieur, H.R., y Rosenthal., R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39
24. Lorains, F.K., Cowlishaw S., Thomas, S.A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and metaanalysis of population surveys. *Addiction*; 106:490–498.
25. Navarro, J.F., Pedraza, C. (1998) Juego Patológico: Aspectos Biológicos. *Psicología Conductual*, 6(1), 157-164
26. Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V., Mann, J. (2001). Spanish adaptation of de Barrat Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry*, 15,147-55.
27. Patton, J.H., Stanford, M.S, Barrat, E.S. (1995) Factor Structure of the Barrat Impulsiveness Scal