

N. Kruegelbach¹
H. I. Walker²
H. A. Chapman¹
G. Haro³
C. Mateu³
C. Leal⁴

Comorbilidad de trastornos con pérdida del control de impulsos: ludopatía, adicciones y trastornos de la personalidad

¹ Louis Stokes Cleveland Veterans Affairs Medical Center
Brecksville, OH (EE.UU.)

² Sacred Heart
St. Mary's Hospital Ministry Health Care
Cleveland, OH (EE.UU.)

³ Unidad de Conductas Adictivas y Patología Dual
Servicio de Psiquiatría
Hospital de La Ribera
Alzira (Valencia)

⁴ Unidad de Psiquiatría
Departamento de Medicina
Universidad de Valencia
Valencia

Objetivos. Analizar la comorbilidad de la ludopatía, principalmente con los trastornos con alteración del control de los impulsos, como es el caso de las adicciones y los trastornos de la personalidad (TP). También realizar una discusión sobre las características adictivas e impulsivas de la ludopatía, así como sus implicaciones pronósticas y de tratamiento.

Material y método. Estudio transversal en 162 pacientes diagnosticados de ludopatía que fueron admitidos para tratamiento en una unidad residencial específica. Para el diagnóstico de trastornos por uso de sustancias (TUS) y de TP se utilizó el SCID-I y II, mientras que para el diagnóstico y evaluación de la ludopatía se utilizó además la SOGS, el AGQ III y el *Gambling Severity Index*.

Resultados. El 61,1% de los ludópatas presentaban algún TP, siendo más frecuentes los del grupo B (impulsivos), seguidos de los TP del grupo C y después del A. El 63,3% de los pacientes había cumplido durante su vida criterios diagnósticos de dependencia, siendo la sustancia más frecuente el alcohol. La presencia de algún TP se correlacionó con la gravedad de la adicción, pues estos pacientes presentaban dependencia de más de una sustancia ($\chi^2=7,15$; $p<0,008$).

Discusión. Los TP impulsivos y los TUS son comorbilidades frecuentes de la ludopatía. Su copresentación con la ludopatía puede conllevar peor pronóstico para estos pacientes. La ludopatía entendida como un trastorno impulsivo puede ayudar a entender mejor la etiopatogenia de este trastorno, pero también su pronóstico. Esta hipótesis puede aportar a la hipótesis aditiva de la ludopatía otros abordajes terapéuticos que deberán ser evaluados en futuras investigaciones.

Palabras clave:
Ludopatía (juego patológico). Trastorno del control de los impulsos. Trastorno de personalidad. Trastorno por uso de sustancias. Comorbilidad.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(2):76-82

Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders

Objectives. To analyze the comorbidity of pathological gamblers, mainly in disorders with loss of impulse-control as addictions and personality disorders (PD). Also, to discuss addictive and impulsive characteristics of pathological gambling (PG), and their implications in prognosis and treatment.

Material and method. Cross-sectional study on 162 patients with PG admitted for treatment in a specific residential unit. The SCID-I and II were used for the addiction and the PD diagnosis. For the diagnosis and evaluation of PG the SOGS, AGQ III and the Gambling Severity Index were also used.

Results. The 61,1% of the patients presented some PD, where the cluster B ones (impulsive group) were more frequent, followed by C and A ones. 63,3% of patients had had in their lives substance dependence criteria, where alcohol dependence was the most prevalent. The presence of PD is related to the gravity of the addiction by the dependence to more than one substance ($\chi^2=7,15$; $p<0,008$).

Discussion. TP and substance-related disorders (SRD) are frequent comorbidities of the PG. Their co-presentation could mean worse prognosis of this patients. The PG as impulsive disorder could help to the understanding of the etiopatogenia of this disorder, but also of the prognosis. This hypothesis will add to the addictive one other treatment approaches that should be included in future studies of PG.

Key words:
Pathological gambling. Impulse-control disorder. Personality disorder. Substance-related disorder. Comorbidity.

Correspondencia:
Gonzalo Haro Cortés
UCA-DU Alzira
Onda, s/n
46600 Alzira (Valencia)
Correo electrónico: gharoc@comv.es

INTRODUCCIÓN

La ludopatía es un trastorno mental que cada vez está cobrando más interés entre los clínicos^{1,2}. La incidencia de esta enfermedad según el DSM-IV se sitúa entre el 1 y el

3% de la población general³. En Europa cabe destacar a España como el país que tiene un mayor gasto *per cápita*; sirva como ejemplo una lotería nacional nacida en 1812, pero donde las máquinas recreativas con premio suponen el 42,6% del gasto en juego, seguidas con un gasto del 21,7% en los bingos⁴. Este dato es preocupante, pues algunos autores como Lesieur o McCormick, citados por González en 1996⁵, observaron un incremento de la ludopatía paralelo al gasto en juego legalizado. Sin embargo, es Estados Unidos el país que más estudios epidemiológicos ha realizado sobre este trastorno. El primer estudio se realizó en 1974 cuando se observó que el 0,77% de la población eran probables jugadores patológicos y el 2,33% potenciales⁶; en estudios más sistematizados estos porcentajes aumentaban al 2,5-3,4 y 3,4-4,1%, respectivamente^{7,8}. Estudios posteriores, utilizando la *South Oaks Gambling Screening* (SOGS), apuntan a un 1,2-1,5% de probables jugadores patológicos^{9,10}. Un reciente metaanálisis realizado en Estados Unidos y Canadá apunta a una incidencia a lo largo de la vida del 1,6%¹¹. En España varios estudios que han utilizado instrumentos cuantitativos semejantes han estimado una prevalencia entre un 1,36 y un 1,91% de ludópatas en población general¹²⁻¹⁵. De igual modo habrá que estar pendiente de los resultados que se obtengan en un futuro con técnicas cualitativas ya en desarrollo¹⁶.

En cuanto a las características sociodemográficas de estos pacientes, la mayoría de autores apuntan a una enfermedad de predominio en varones, desde una proporción de 3:1¹⁵ hasta llegar a una de 9:1^{1,17,18}. Respecto a la edad, destacar que es una enfermedad de comienzo en la adolescencia o en adultos jóvenes¹, donde estudios recientes han demostrado que la prevalencia de jugadores patológicos en menores de 18 años se estima entre el 2,9¹⁷ y el 5,4%¹⁹. Una repercusión importante del comienzo temprano de esta patología es el absentismo escolar²⁰. En los menores de 18 años además se ha objetivado una importante relación con el consumo de sustancias, ya que hasta el 14,3% de los jugadores patológicos consumían tabaco y/o alcohol muy por encima de la media poblacional de la misma edad¹⁹.

La ludopatía es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *American Psychiatric Association* (APA) como un trastorno del control de los impulsos (TCI), pues el individuo que padece este trastorno se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar¹. Además es frecuente que los ludópatas presenten además otros TCI comórbidos^{21,22}. Aunque inicialmente fue propuesto como un trastorno del ánimo, parece que esta opción está actualmente descartada²³. Sin embargo, otros autores consideran a este trastorno más próximo a los trastornos por uso de sustancias (TUS)¹. En cualquier caso la comorbilidad entre los TCI y los TUS, así como con los trastornos de la personalidad (TP), son una constante de la práctica clínica y con frecuencia cuestiona el carácter independiente derivado de su clasificación como entidades separadas²⁴. En esta línea múltiples investigaciones²⁵⁻³⁰ y una reciente revisión²⁴ han determinado varios aspectos ambientales, psico-

lógicos y biológicos comunes, entre los que destaca la dimensión impulsiva de la personalidad y determinados neurotransmisores, como el sistema serotoninérgico. A pesar de ello, la categorización de estos trastornos sigue siendo controvertida^{4,31-33}, pues entre los extremos de comorbilidad y copresentación morbosa existen múltiples posibilidades intermedias²⁴.

Otro aspecto a destacar es la repercusión pronóstica de dicha comorbilidad; en esta línea un importante número de autores³⁴⁻⁴⁰ se han centrado en el estudio del impacto que sobre la ludopatía tiene la coexistencia de otros trastornos comórbidos. De entre estos trastornos los que más interés han suscitado son los TP^{25,36,37}. Como algunos autores han sugerido^{25,41,42}, clarificar el papel que desempeñan estos TP en la aparición y mantenimiento de la ludopatía servirá para entender mejor su etiopatogenia, así como también facilitará el diseño de estrategias de tratamiento y prevención de recaídas más adecuadas y específicas.

Los TP son un grupo de enfermedades mentales que han sido asociadas desde hace bastante tiempo a otros trastornos como los TUS, en los cuales ejerce como factor de mal pronóstico para la evolución de los pacientes⁴³⁻⁴⁶. Sin embargo, el estudio sistemático de la presencia de TP en los ludópatas es relativamente reciente³⁵⁻³⁷. El TP que con más frecuencia se ha encontrado en los ludópatas es el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), seguido del trastorno límite de la personalidad (TLP), ambos caracterizados por la impulsividad. En dos estudios realizados por Blaszczynsky^{47,48}, en los que estudiaba la presencia del TAP de entre todos los TP posibles en ludópatas y con entrevistas semiestructuradas, se encontraron prevalencias entre el 14,6 y el 15,4%. En los estudios que se han realizado en población general y utilizando la *Diagnostic Interview Schedule* (basada en el DSM-III) para la detección exclusivamente de TAP^{28,49}, las prevalencias encontradas de este TP en aquellos pacientes que presentaban problemas de juego fueron de entre el 35 y el 40%. Aunque en los estudios iniciales que se realizaron para analizar sistemáticamente la presencia de cualquier TP en ludópatas las prevalencias de TP fueron entre el 50 y el 92%, estos estudios presentaron problemas metodológicos, como utilizar para el diagnóstico instrumentos de autoadministración^{35,36,50,51}. Así pues, cuando se han utilizado instrumentos diagnósticos más fiables como la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-II), la prevalencia de TP en ludópatas bajaba hasta el 25% en pacientes ambulatorios³⁷. En este mismo estudio los TP más frecuentes fueron los del grupo C (17,5%), seguidos del B (7,5%) y por último del A (5%).

Algunos autores como Blaszczynsky³⁶ han propuesto que la preferencia por determinados juegos (carreras de caballos, bingo, cartas, etc.) por parte de los ludópatas puede estar relacionada con necesidades emocionales insatisfechas. Así pues, se supone que la identificación de la relación entre determinados TP con algunos tipos de juegos puede ayudar a los profesionales involucrados en el tratamiento de estos pacientes a conocer el papel que el juego representa en sus

vidas. En esta línea aquellos que tienen tendencia a escapar preferirían las máquinas recreativas con premio, mientras que los más dramáticos e incapaces de soportar la frustración preferirían las carreras de caballos o el bingo. De igual modo, tanto este autor³⁶ como otros^{35,52} han asociado algunos TP a determinados tipos de juego. Por ejemplo, se ha encontrado una asociación entre los ludópatas que prefieren las máquinas recreativas con premio con el trastorno paranoide de la personalidad o entre el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) y los ludópatas que prefieren juegos de cartas y deportivos. Por último destacar el estudio de Kroeber⁵² en el que se asoció la preferencia por el juego de la ruleta en ludópatas con rasgos narcisistas, esquizoides y ciclotímicos de la personalidad.

El único estudio realizado en España que ha evaluado la personalidad de estos pacientes fue el de González en 1990⁵³, en el que, mediante el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), encontró que los ludópatas no presentaban una «estructura de personalidad común». Así pues, aunque las puntuaciones de depresión, esquizofrenia, psicastenia y psicopatía estaban muy elevadas en la mayoría de los pacientes, los resultados apuntaban hacia la existencia de al menos seis grupos diferenciados de personalidades en los ludópatas estudiados.

El otro grupo de trastornos que, como los TP, se han mostrado como trastorno comórbido que empeora el curso natural de la ludopatía son los TUS^{54,55}, provocando, por ejemplo, la aparición de conductas suicidas²¹. La prevalencia de TUS entre los ludópatas, considerando tanto población general como muestras clínicas, varía desde el 5 hasta el 66,4%^{21,30,39,40}. Así pues, en los estudios en población general se han obtenido prevalencias de entre el 44,5 y el 63,3% de TUS a lo largo de la vida de los ludópatas frente al 19% de la población que no tenía problemas de juego^{28,49}. En muestras clínicas el rango es mayor, pues varía desde un 5 hasta un 66,4% de comorbilidad en ludópatas, dependiendo si el instrumento diagnóstico utilizado era la entrevista clínica o cuestionarios autoadministrados^{21,36,37}, pero también según se considerara el caso con diagnóstico de uso, abuso o dependencia, así como dependiendo de si el consumo o diagnóstico era actual o durante toda la vida²¹. En un reciente estudio realizado en una unidad de tratamiento residencial de la ludopatía (UTRL) se observó que el alcohol era la sustancia de la que con más frecuencia se había abusado o dependido (89,3% de los pacientes con historia de abuso o dependencia de sustancias). Así, mientras que el 42,5% de los pacientes presentaban un diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol a lo largo de su vida, el 30,1% lo tenían de otras drogas (principalmente cannabis [72,7%], cocaína [45,5%] y benzodiazepinas [36,4%]).

Sólo se ha encontrado un estudio que abordaba específicamente la existencia de los tres tipos de trastornos. Sin embargo, éste únicamente estudiaba la existencia del TAP y la muestra de ludópatas era muy reducida (siete pacientes)⁵⁶. Así pues, existen pocas investigaciones en las que se haya in-

tentado estudiar la comorbilidad de los tres grupos de trastornos en una misma población y mediante una muestra suficiente. En el presente estudio se pretende evaluar la prevalencia de TP y TUS en pacientes ludópatas que acuden a tratamiento en una UTRL. Con ello se pretende aportar más datos de prevalencia de los tres trastornos que ayuden a entender mejor su interrelación etiopatogénica y su importancia pronóstica y de este modo facilitar el diseño de medidas preventivas y terapéuticas específicas más eficaces.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio es de tipo transversal, con componentes tanto descriptivos como analíticos. La muestra de 162 pacientes se obtuvo mediante muestreo consecutivo de los pacientes que ingresaban en una UTRL. Los pacientes que ingresan en esta unidad eran veteranos de guerra de Estados Unidos que eran derivados desde cualquier estado de dicho país. Los pacientes admitidos en el estudio cumplían criterios DSM-IV de ludopatía, mientras que se excluyeron aquellos que estaban diagnosticados de algún trastorno psicótico o demencia. No se excluyeron otras comorbilidades en el eje I o II.

Los datos sociodemográficos se obtuvieron a partir de una entrevista diseñada para este propósito y que ha sido utilizada previamente en otros estudios²¹. Para el diagnóstico de los TUS y los TP se utilizaron las entrevistas SCID-I y SCID-II (basadas en el DSM-III-R), respectivamente. Por último se utilizaron la *South Oaks Gambling Screen* (SOGS)⁵⁷, el *Gamblers Self Report Inventory* (AGQ III)⁵⁸ y el *Gambling Severity Index* (un apéndice del *Addiction Severity Index* o ASI)⁵⁹. Se utilizó también una entrevista específica para determinar las preferencias del juego de los pacientes, con la que se clasificó a los pacientes en varios grupos autoexcluyentes cuando existía una preferencia clara o en el grupo mixto si no existía dicha preferencia.

Los datos se incluyeron en el programa estadístico SPSS v.10, donde se utilizó la chi cuadrado (χ^2) para el análisis de las proporciones entre los diferentes grupos. La significancia fue considerada como válida si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Todos los pacientes a quienes se les propuso participar en el estudio aceptaron hacerlo y completaron la totalidad de las pruebas incluidas en el estudio. Por ello no fue necesario realizar ningún análisis para evaluar la posible existencia de diferencias entre los abandonos y los ludópatas que participaban y completaban el estudio.

Los pacientes fueron casi exclusivamente hombres (98,1%), cuya edad media fue de 46,7 años (DE=9,6). La raza más prevalente de los pacientes fue la caucásica (87,7%), seguida de la raza negra (10,5%), los hispanos (6%) y los indios americanos (1,2%). La mitad de los pacientes estaban divor-

ciados o separados (49,1%), mientras que un tercio estaban casados (35,8%), el 14,2% no se habían casado y sólo el 1,9% eran viudos. La media de edad a la que los pacientes terminaron de estudiar fue de 13,2 años (DE=2,3). La mayoría de los pacientes trabajaban, un 56,2% a tiempo completo y un 13,3% a tiempo parcial, mientras que el 21,9% eran pensionistas. El 6,3% de los pacientes eran parados, mientras que sólo el 0,6% estaban estudiando.

Respecto a la psicopatología comórbida, destacar que el 61,1% de los pacientes presentaban algún TP. Así pues, el 45,7% de los pacientes estudiados presentaba un TP, mientras que el 9,9% presentaba dos, el 3,7% tres, el 1,2% cuatro y el 0,6% cinco. Los TP más frecuentes son los del grupo B, siendo el más frecuente el TNP (18,5%), seguido del TLP (11,7%), el TAP (9,9%) y el trastorno histriónico de la personalidad (6,8%). Les siguen en frecuencia los TP del grupo C, a la cabeza el trastorno por evitación (6,2%), seguido del obsesivo-compulsivo (5,6%) y del dependiente (3,1%). Por último, los TP menos frecuentes fueron los del grupo A, ya que el paranoide se encontró en cuatro pacientes (2,5%) y los trastornos esquizoide y esquizotípico en dos casos cada uno (1,2%). Así pues, el 30,2% de los pacientes presentó un TP del grupo B, el 13% del C y el 4,3% del A, mientras que el 17,9% de los pacientes presentaron un TP no especificado. Las diferencias en la prevalencia fueron significativas, tal y como se muestra en la tabla 1.

Respecto a la comorbilidad con TUS, el 63,3% de los pacientes había cumplido en algún momento de su vida criterios de dependencia de sustancias. La mayor parte de estos pacientes (40,9%) presentó dependencia de alcohol y drogas ilegales simultáneamente, mientras que el 33,3% sólo había dependido del alcohol y el 25,8% de drogas ilegales. Cuando se realizó el análisis para determinar si existían diferencias en los ludópatas en cuanto a la historia de TUS según la presencia de TP se observó que la prevalencia de TUS no difería entre aquellos ludópatas con TP y aquellos sin TP. Sin embargo, la presencia de algún TP sí influía en cuanto a la gravedad de la historia de TUS ya que los ludópatas con TP habían presentado dependencia de más de una sustancia ($\chi^2=7,15$; $p<0,008$).

Respecto al tipo de juego preferido destacar que el más frecuente fue el vídeo-póker (21,6%), seguido de las cartas (17,3%), las carreras de caballos (15,4%), los juegos depor-

tivos (6,2%) y las máquinas recreativas con premio (3%). Un elevado número de ludópatas no pudo ser incluido en ninguno de estos grupos (36,4%). Tras el análisis de las variables edad, género, raza y estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de juego preferido por la muestra estudiada. Tampoco se demostró que existiera una asociación entre algún tipo de TP o grupo de ellos y el tipo de juego preferido. De igual modo, los TUS no influían en dicha predilección.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que los TP son muy frecuentes en los pacientes con ludopatía, ya que el 61,1% de los pacientes estudiados los presentaban. Estos resultados tienen implicaciones considerables para el diseño de los tratamientos y para el pronóstico. Considerando que la literatura indica que la presencia de patología de la personalidad es un predictor negativo del pronóstico⁴⁵, si los TP no son reconocidos y abordados adecuadamente en el tratamiento, la mala evolución será menos evitable. Así pues, los programas terapéuticos y su personal necesita tanto flexibilidad como experiencia para abordar a los ludópatas que presentan TP.

Existen varias consideraciones que deben hacerse al respecto de dicha comorbilidad. Así pues, los factores desencadenantes de recaídas y los estilos de afrontamiento varían según el tipo de TP⁶⁰. En esta línea los pacientes deben elegir un tipo específico de juego para afrontar los problemas que caracterizan su TP. Por ejemplo, hubiera sido lógico encontrar, quizá si los grupos hubieran sido más consistentes y de mayor número, que los pacientes que prefieren las cartas, los deportes o las carreras de caballos eran más narcisistas, pues sentimientos de grandiosidad y la incapacidad de sentir empatía pueden relacionarse con estos juegos y son típicos de este TP.

Es interesante considerar que los resultados apuntan a que los TP del grupo B son más prevalentes que los del C o A. Esto es consistente con los resultados obtenidos por Blaszczynsky³⁶. En la misma línea, Kroeber encontró que los TAP y TLP, ambos del grupo B, eran los más frecuentes en los ludópatas⁵². Estos hallazgos apoyan la idea de que la etiopatogenia de la ludopatía como TCI y de los TP impulsivos puede ser semejante; por ejemplo, por la conducta impulsiva y errática como describió Linehan⁶¹. Si a este dato se añade que los pacientes con ludopatía y TP presentan un peor curso de los TUS, la hipótesis de Petry⁶² gana consistencia: la comorbilidad de la ludopatía y los TUS ejerce un resultado adictivo en la pérdida del control de impulsos. Quizás este efecto «adictivo» sea potenciado por los TP del grupo B.

Sin embargo, cabe destacar que los resultados de prevalencia en el eje II de este estudio contrastan con los de Specker³⁷, quien encontró TP en el 25% de los ludópatas, siendo el grupo más prevalente el C. Estas diferencias pue-

Tabla 1 Comparación de prevalencias entre grupos de TP

Comparación	χ^2	df	N	p
Grupo A frente al grupo B	33,0	1	52	< 0,001
Grupo B frente al grupo C	10,4	1	66	< 0,01
Grupo A frente al grupo C	6,8	1	26	< 0,01

den deberse a que las poblaciones estudiadas no son iguales, ya que en su estudio los ludópatas eran aquellos que acudían para tratamiento ambulatorio, mientras que en el presente estudio eran remitidos por su gravedad para tratamiento en una UTRL. Otro aspecto que pudo influir en los resultados de aquel autor es que su porcentaje de participación fue del 60% con el consistente sesgo de selección que no es aplicable a la muestra de este estudio donde todos los pacientes participaron y completaron la investigación. De igual modo, las muestras estudiadas difieren en la distribución por género, ya que este estudio está realizado principalmente con hombres.

La reducida prevalencia de los TP del grupo A que en este estudio se ha encontrado coincide con los resultados obtenidos por otros autores^{36,37}. Quizá la dificultad de acercamiento a otros pacientes, tanto física como emocionalmente, aspecto necesario para las terapias de grupo que en esta UTRL se realizan, puede ser uno de los motivos para que los pacientes con rasgos comórbidos de tipo paranoide, esquizoides o esquizotípicos no acudan a solicitar tratamiento. Por otro lado, quizás estos pacientes en realidad no tengan una vulnerabilidad para padecer ludopatía, ya que la mayoría de los juegos requieren de la interacción con otra persona. En cualquier caso son necesarios más estudios poblacionales que esclarezcan la prevalencia de dicha comorbilidad y si la aparición de nuevos juegos que no requieren dicha interacción (vídeo-póker, juegos por Internet, etc.) está modificando dicha vulnerabilidad.

Cabe destacar que otros estudios que utilizaron instrumentos de autoadministración o cribado presentaban prevalencias mayores de TP en ludópatas^{35,36}, quizá por la elevada existencia de falsos positivos que dichos instrumentos suelen generar.

Respecto a la comorbilidad de TUS en los pacientes con ludopatía (63,3%), estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores^{21,37,63}, aunque son mayores que los encontrados por Blaszczynsky³⁶. En cualquier caso parece que la sustancia problema más frecuente es el alcohol, tal y como también obtuvo Kausch recientemente²¹. Sin embargo, no debe olvidarse el elevado porcentaje de pacientes que presentó en este estudio dependencia de varias sustancias o politoxicomanía (40,9%), pues además esto demostró ser un factor asociado a la presencia de algún TP en los pacientes ludópatas, quizá por la potenciación en la pérdida del control de los impulsos de los tres trastornos.

En cuanto a las limitaciones, destacar que la población a estudio era principalmente de varones, por lo que los resultados deben extrapolarse a la población general con cautela. Sin embargo, revisiones recientes apuntan a que es una patología de predominio en varones¹. Además, los pacientes fueron reclutados en la UTRL para militares, que como unidad residencial se esperaba que fuera elegida por los terapeutas que derivaban a los pacientes por la mayor gravedad de la patología del juego de los mismos. Otra limitación de

este estudio es que la tipología de los juegos preferidos por los pacientes no sirvió como variable determinante de la presencia de TUS o TP, quizá porque no se agruparon adecuadamente o por el elevado número de pacientes que no eligió un grupo determinado (36,4%).

Estudios previos han demostrado que existen tratamientos efectivos de la ludopatía^{32,41,42,64}. Así, pues, se ha propuesto el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta, así como intervenciones cognitivo-conductuales de prevención de recaídas⁶⁵. Recientemente, se ha hecho un llamamiento para identificar mejor las diferencias de los diversos tipos de ludópatas con el objetivo de adecuar los tratamientos existentes o los futuros diseños terapéuticos a sus características específicas²⁵.

También hay que destacar que bajo la hipótesis de la ludopatía como trastorno adictivo se han utilizado con éxito fármacos como la naltrexona⁶⁶, que a través del sistema opioide endógeno se ha mostrado eficaz en el tratamiento de dependencias como las de opiáceos y alcohol^{67,68}. Bajo esa misma hipótesis otros autores han propuesto utilizar modelos de intervención grupales con técnicas conductuales por su eficacia en el tratamiento de los trastornos adictivos⁶⁹.

Por otro lado, este estudio demuestra que los trastornos de características impulsivas, como son los TUS y los TP, principalmente el TAP y el TLP²⁴, son muy frecuentes en los ludópatas. Estos resultados apuntan hacia otra hipótesis: la ludopatía como trastorno impulsivo. Por ello las intervenciones que actualmente se diseñen para el abordaje concreto de alguno de estos tres trastornos deberán además tener en consideración al resto de trastornos impulsivos comórbidos. Así pues, los estudios que se diseñen con el objetivo de ahondar en aspectos neurocientíficos más biológicos, pero también aquellos más psicológicos, sociales e incluso filosóficos relacionados con la ludopatía^{70,71}, deberían incluir a pacientes que además presenten TUS o TP del grupo B, para esclarecer qué aspectos son comunes y cuáles no y si la impulsividad o pérdida del control de los impulsos es el nexo de unión tal y como se propone en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez A, Saiz J. *Psiquiatría médica. La ludopatía: una «nueva» enfermedad*. Barcelona: Masson, 2000.
2. Domínguez FJ, Macías JA. El juego patológico. *Medicina Integral* 1997;30:30-47.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
4. Vázquez JM. Formas de ludopatía. *Psicopatología* 2000;20:27-39.
5. González A, Vallejo J, Mercadé PV, Jiménez S, Saldaña C. Juego patológico: un modelo de estudio epidemiológico en población general. *Adicciones* 1996;8:193-202.
6. Kallick M, Suits D, Dielman T, Hybels J. A survey of American gambling attitudes and behavior. *Institute for Social Research*. Minnesota: Ann Arbor, 1979.

7. Culleton RP, Lang MH. The prevalence rate of pathological gambling in the Delaware Valley in 1984. Camden Forum for Policy Research an Public Service. New Jersey, 1984.
8. Culleton RP. A survey of pathological gamblers in the state of Ohio. Transition planning associates. Philadelphia, 1985.
9. Volberg RA, Steadman H. Refining prevalence estimate of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 1988; 145:502-5.
10. Volberg RA, Steadman H. Prevalence estimate of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *Am J Psychiatry* 1989; 146:12.
11. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999;89:1369-76.
12. Legarda JJ, Babio R, Abreu JM. Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *Br J Addict* 1992;87:767-70.
13. Becoña E. The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *J Gambl Studies* 1993;8:353-69.
14. JARCA (Asociación de Jugadores de Azar del Campo de Gibraltar). Estudio sobre el juego de azar en Algeciras: prevalencia y características sociodemográficas. Algeciras: JARCA, 1996.
15. Becoña E, Fuentes MJ. El juego patológico en Galicia evaluado por el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones* 1995;7:423-40.
16. Urdániz G, Izco A, Muñoz O, Salinas M. Estudio cualitativo de la ludopatía en Navarra. *Anales Sis San Navarra* 1999;22(Suppl. 3): 155-62.
17. Arbinaga F. El juego patológico en estudiantes menores de 18 años: incidencia, uso de drogas y variables asociadas. *Adicciones* 1996;8:331-47.
18. Rodríguez-Martos A. Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa DROSS. *Rev Esp Drogodep* 1989;14:265-75.
19. Arbinaga F. Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones* 2000;12:493-505.
20. Villa A, Becoña E, Vázquez FL. Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. *Adicciones* 1997;9:195-208.
21. Kausch O. Patterns of substance abuse among treatment-seeking pathological gamblers. *J Subst Abuse Treat* 2003;25:263-70.
22. Morcillo L, Alcántara AG, Barcia D. Piromanía, ludopatía y cleptomanía en un mismo paciente. *An Psiquiatr* 1997;13:439-43.
23. Moreno I, Saiz J, López-Ibor JJ, Sánchez G. Ludopatía: ¿un trastorno del ánimo? *An Psiquiatr* 1995;2:61-7.
24. Cervera G, Rubio G, Haro G, et al. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trast Adict* 2001;3:3-10.
25. National Research Council. Pathological Gambling: a critical review. Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, Committee on Law and Justice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington: National Academy Press, 1999.
26. Stinchfield AR, Winters K. Gambling and problem gambling among youths. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 1998;556:172-85.
27. Lesieur HR. The chase: career of the compulsive gambler. Rochester: Schenkman Books, 1984.
28. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders—results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Public Health* 1998;88:1093-6.
29. Comings DE. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums* 1998;3:20-37.
30. Crockford DN, el-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canad J Psychiatry* 1998;43: 43-50.
31. Saiz J, Moreno I, López-Ibor JJ. Ludopatía: estudio clínico y terapéutico-evolutivo de un grupo de jugadores patológicos. *Actas Esp Psiquiatr* 1992;20:189-97.
32. Bartolomé S, Pelaz S, Ríos M, Carmona A, Gutiérrez R. Juego patológico: a propósito de un caso. *An Psiquiatría* 1999;15:394-7.
33. Mayor L, Cortés M, Cano L. Observaciones sobre la adicción al alcohol y el juego patológico: ¿procesos analógicos?, ¿enfoques diversos? *Rev Esp Drogodependencias* 1996;21:139-47.
34. McCormick RA, Russo AM, Ramirez LF, Taber JI. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 1984;14:215-8.
35. Kruegelbach N, Kogan E. Psychiatric comorbidity among hospitalized pathological gamblers: a look at axis II. First Conference on Problem and Pathological Gambling. Toronto, 1995.
36. Blaszczynski A, Steel Z. Personality disorders among pathological gamblers. *J Gambl Studies* 1998;14:51-71.
37. Specker SM, Carlson GA, Edmonson KM, Johnson PE, Marcotte M. Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *J Gambl Studies* 1996;12:67-81.
38. Griffiths M. An exploratory study of gambling cross addictions. *J Gambl Studies* 1994;10:371-84.
39. Lesieur HR, Blume SB, Zoppa RM. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clinl Exp Res* 1986;10:33-8.
40. McCormick RA. Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addict Behav* 1993;18:331-6.
41. Russo AM, Taber JI, McCormick RA, Ramirez LF. An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hosp Community Psychiatry* 1984;35:823-7.
42. Taber JI, McCormick RA, Russo AM, Adkins BJ, Ramirez LF. Follow-up of pathological gamblers after treatment. *Am J Psychiatry* 1987;144:757-61.
43. Kosten TA, Kosten TR, Rounsaville BJ. Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *J Subst Abuse Treat* 1989;6:163-8.
44. Nace EP, Davis CW, Caspari JP. Axis II comorbidity in substance abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:118-20.
45. Reich JH, Green AI. Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:74-82.
46. Haro G, Mateu C, Martínez-Raga J, Valderrama JC, Castellano M, Cervera G. The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Europ Psychiatry* 2004;9:187-92.
47. Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A. Crime, antisocial personality and pathological gambling. *J Gambl Behavior* 1989; 5:137-52.
48. Blaszczynski AP, McConaghy N. Antisocial personality disorder and pathological gambling. *J Gambl Studies* 1994;10:129-45.
49. Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canad J Psychiatry* 1993;38: 108-12.

50. Lesieur H R, Blume SB. Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admissions service. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1009-12.
51. Bellaire W, Caspari D. Diagnosis and therapy of male gamblers in a university psychiatric hospital. *J Gambl Studies* 1992;8: 143-50.
52. Kroeber H. Roulette gamblers and gamblers at electronic game machines: where are the differences? *J Gambl Studies* 1992;8: 79-92.
53. González A, Mercadé N, Aymaní N, Pastor C. Variables de personalidad, juego patológico. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1990; 17:203-9.
54. Rounsaville BJ, Tierney T, Crits-Christoph K, Weissman MM, Kleber HD. Predictors of treatment outcome in opiate addicts: evidence for the multidimensionality of addicts' problems. *Compreh Psychiatry* 1982;23:462-78.
55. Rounsaville BJ, Dolinsky ZS, Babor TF, Meyer RE. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:739-45.
56. Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J. Study of impulse-control disorders among alcohol-dependent patients. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:302-5.
57. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;144:1184-8.
58. Lesieur HR, Rosenthal RJ. *Gambler's Self-Report Inventory: AGQ-III*. Rochester, 1995.
59. Carise D, Henry CM, McLellan AT. *Addiction Severity Index*. 5th ed. University of Pennsylvania/Veterans Administration Center for Studies of Addiction. Pennsylvania, 1997.
60. Kruegelbach N, McCormick RA, Schulz SC, Grueneich R. Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *J Pers Dis* 1993;7: 214-22.
61. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993.
62. Petry NM. Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug Alcohol Depend* (en prensa).
63. Ramirez LF, McCormick RA, Russo AM, Taber JL. Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav* 1983;8:425-8.
64. Tomás MC, Robert C, Ridaura MA, Senent E, Botella C. Importancia de la evaluación en el tratamiento del juego patológico. *Rev Esp Drogodep* 1991;16:295-304.
65. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, Báez C. Avances en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones* 1999;11:349-61.
66. Turón V, Salgado P, González MA, Vicente P. Naltrexona en el tratamiento del juego patológico. *An Psiquiatría* 1990;6(Suppl. 2):38.
67. Haro G, Cervera G, Martínez-Raga J, Pérez-Gálvez B, Fernández-Garcés M, Sanjuán J. Tratamiento farmacológico de la dependencia de sustancias desde una perspectiva neurocientífica (I): opiáceos y cocaína. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:205-19.
68. Haro G, Cervera G, Martínez-Raga J, Pérez-Gálvez B, Fernández-Garcés M, Sanjuán J. Tratamiento farmacológico de la dependencia de sustancias desde una perspectiva neurocientífica (II): alcohol, benzodiazepinas y nicotina. *Actas Esp de Psiquiatr* 2003; 31:284-94.
69. Mercadé PV, González A, Pastor C, Aymamí N. Juego patológico y grupo: una posibilidad. *C Med Psicossom* 1990;16:19-24.
70. Blanco AL, Llorca G, Manzano JM, Díez MA, Gómez R. El jugador: estudio de la ludopatía a través de la obra de Fedor Dostoievski. *Informaciones Psiquiátricas* 1995;139:81-8.
71. Novella EJ. *Psiquiatría y filosofía: un panorama histórico y conceptual*. Frenia 2002;2:7-31.