

JUEGO PATOLÓGICO

Andrés José Dulcey Cepeda*

RESUMEN

Se realiza una revisión narrativa del juego patológico, su definición, clínica, epidemiología, hipótesis etiológicas y pautas de tratamiento. Se sugieren alternativas para un abordaje integral del problema y estrategias para estudiarlo y manejarlo en nuestra población.

Palabras clave: *Juego patológico, lóbulo frontal, impulsividad, dopamina, serotonina, adicción.*

ABSTRACT

This paper presents a narrative revision about pathological gambling: its definition, clinical characters, epidemiology, etiological hypothesis and treatment. This paper suggests alternatives for an integral understanding comprehension and management of pathological gambling.

Key words: *Pathological gambling, frontal lobe, impulsivity, dopamine, serotonin, addiction.*

Recibido para evaluación: noviembre 3 de 2007. **Aprobado para publicación:** noviembre 30 de 2007.

* Médico Psiquiatra. Docente Facultad de Ciencias de la Salud., Universidad del Cauca. Director grupo de investigación en Neurociencias Universidad del Cauca.

Correspondencia: adulcey@unicauca.edu.co

INTRODUCCIÓN

En la novela del escritor serbio-bosnio Ivo Andric, laureado premio Nóbel de literatura en 1945, titulada: "Un puente sobre el Drina", puede leerse este relato: "... se encontraban invariablemente tres o cuatro hombres para los cuales el juego era más querido que cualquier cosa en el mundo. Encerrados allí, corrompidos, en medio del humo del tabaco y el aire viciado, con los ojos inyectados en sangre, la garganta seca y las manos temblorosas, empalmaban a menudo el día con la noche, entregados a su pasión, como mártires. En este lugar pasó Milán los mejores años de su juventud dejando allí no sólo sus fuerzas, sino también casi todo su dinero".

En el anterior pasaje de la novela, Andric retrata con precisión algunos de los rasgos clínicos de la patología que pretendemos revisar: el deterioro social y económico generado por el juego patológico, el grado de compromiso del paciente con este comportamiento y las disautonomías que acompañan a esta y las demás entidades conocidas con el nombre de "adicciones conductuales".

En excavaciones arqueológicas, en cavernas habitadas por seres humanos primitivos, han podido hallarse al lado de utensilios y artículos con valor ceremonial, unos artefactos que, se cree, fueron juguetes. De ser así nuestros antepasados hace 10.000 o más años jugaban como lo hacemos hoy. Para jugar necesitamos el uso de la muy humana capacidad de simbolización, para jugar necesitamos abstraer.

El juego parece haber surgido con la especie, por esa razón podemos encontrar diversos tipos de juegos en todo el mundo, desde deportes hasta juegos de azar. En Colombia tenemos un deporte autóctono: el tejo, y en algunas regiones del sur colombiano se practica un deporte con reminiscencias incaicas, parecido a los ojos de un observador desinformado a la pelota vasca: la chaza, deporte practicado únicamente en el departamento de Nariño.

Así como existe juego en todas partes del mundo, el jugar está representado en muy diversas manifestaciones culturales: la literatura, cine, historietas y canciones populares.

Todos los humanos jugamos, pero no todos los humanos apuestan, la apuesta es el elemento de riesgo adicional que puede convertir una actividad lúdica y placentera en una enfermedad, cuando el juego pasa de actividad social a ser un comportamiento enfermizo, dañino para quien lo practica, con consecuencias serias sobre las finanzas, la salud y estabilidad emocional del jugador, hablamos de juego patológico.

DEFINICIÓN

Roshental y Lorenz, (1992) definían el juego patológico como: *"un trastorno progresivo, caracterizado por una pérdida del control continua o periódica sobre el apostar, preocupación constante por el apostar y obtener dinero para tal fin, un pensamiento irracional en torno al juego y el mantener esta conducta a pesar de las consecuencias adversas que provoque"*

En la definición empezamos ya a notar que existen diferencias importantes entre el jugador patológico y el jugador social que van más allá del tiempo que se le dedique al juego. Esta definición enfatiza en las consecuencias generadas por el juego y las apuestas, y la incapacidad para controlarse una vez iniciado el juego.

Antes de 1980, año en que es incluido como un trastorno mental en el tercer manual estadístico de los trastornos mentales, (DSM III), por parte de la asociación psiquiátrica americana, el juego patológico era considerado un vicio, la consecuencia de mera falta de voluntad y una circunstancia que solamente vivían personas de carácter débil. A partir de su inclusión en el DSM III, el juego patológico es considerado una enfermedad y por consiguiente debe estudiarse: conocer su etiología, identificar grupos vulnerables a padecerlo, trazar políticas de prevención al respecto y diseñar estrategias racionales de tratamiento. Posteriormente en el CIE 10, la OMS incluyó al juego patológico con el nombre de ludopatía.

Desde que la asociación psiquiátrica americana (APA) incluyó al juego patológico como enfermedad, los criterios clínicos utilizados en sus manuales han variado muy poco. El juego patológico se enmarca dentro de una categoría de patologías denominada trastornos por discontrol de impulsos, que incluye además a la cleptomanía, la piromanía, la tricotilomanía, las compras compulsivas, el uso compulsivo de internet y el trastorno explosivo intermitente.

Los criterios clínicos actuales, expresados en el DSMIV-TR son:

- A. Una conducta de juego perjudicial, recurrente y maladaptativa, caracterizada al menos por cinco de los siguientes síntomas:
 1. Preocupación recurrente por jugar (fantasear apuestas futuras, revivir las derrotas. El juego llena, a veces por completo, todo el horizonte mental).
 2. Necesidad progresiva de incrementar el tamaño o la frecuencia de las apuestas (el jugador desarrolla así una especie de "tolerancia").

3. Intentos repetitivos y fracasados para controlar, reducir o parar el juego (expresado popularmente con la frase "la última mano y nos vamos").
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando se intenta reducir o parar el juego.
5. Uso del juego como estrategia para aliviar tensiones o mitigar un estado anímico deprimido (en los casos severos, el juego es la única vía de escape para las angustias y problemas cotidianos).
6. Tendencia a volver a apostar al día siguiente para recuperar el perdido.
7. Mentiras a familiares, amigos o terapeutas para ocultar el grado de compromiso del paciente con el juego.
8. Comisión de actos ilegales como robos, fraudes, estafas, para financiar el juego.
9. Pérdida de relaciones afectivas importantes, oportunidades económicas, laborales o académicas a causa del juego.
10. Engaños repetidos para conseguir dinero con el fin de aliviar la desesperada situación financiera en la que se encuentra debido al juego.

B. El juego maladaptativo no ocurre únicamente durante episodios maníacos.

Otros rasgos clínicos no descritos dentro de los criterios del DSM IV – TR incluyen un pensamiento mágico que llega a lo irracional ligado siempre al juego: el jugador, independiente de su nivel educativo o cociente intelectual no piensa lógicamente mientras juega. El pensamiento mágico asociado con el juego explica el porque de mantener comportamientos como el de apostar insistentemente a una máquina traga monedas programada para devolver menos del 0.1% de lo que recibe, o frases de casino como por ejemplo *"le tengo fe a esa reina con un dos."*

Fiodor Dostoievski, en su novela autobiográfica "El jugador" pone en labios del protagonista, refiriéndose a un lance afortunado en la ruleta, esta excelente descripción del pensamiento mágico del apostador, y de la momentánea sensación de omnipotencia que vive mientras juega: *"esa noche ocurrió el milagro, y aunque se explique perfectamente por la aritmética, es un milagro para mi. Debo de admitir que llevaba muchas noches pensando en ganar con ese número, yo sabía que eso, inevitablemente, tenía que pasar."* El jugador, apuesta tras apuesta, pierde momentáneamente la capacidad de evaluar con objetividad lo que está haciendo y las consecuencias de este comportamiento.

Otra característica clínica del juego patológico (JP) la conforman una serie de modificaciones conductuales de asombrosa semejanza con el comportamiento adictivo, ya se

mencionó una: la necesidad de aumentar el tamaño y frecuencia de las apuestas que constituye una especie de tolerancia hacia el juego. Además de lo anterior se reportan disautonomías, (sudoración, taquicardia, pilo erección), irritabilidad, insomnio, quejas de memoria y grados variables de dificultad para la concentración cuando el paciente no está jugando, este conjunto de síntomas perfectamente puede hallarse en las descripciones clásicas de los síndromes de abstinencia a fármacos psicoactivos, es mas: los pacientes consumidores de fuertes dosis de pasta básica de cocaína refieren como viven un estado anímico de gran tensión, que se incrementa progresivamente mientras mas se aproxima el momento de consumo de la droga, y como esta tensión, vivida como, algo sumamente displacentero, desaparece al iniciar el consumo, pues bien: el jugador patológico, en estados avanzados del problema, describe conductas idénticas: gran tensión inmediatamente antes de iniciar las apuestas. Adicionalmente, existe una semejanza grande entre las sensaciones de euforia provocada por el consumo de psicoactivos estimulantes y el estado anímico desencadenado ante la victoria en un lance de juego.

Dentro de los criterios clínicos para JP, se enfatiza mucho en las consecuencias directas e indirectas del juego sobre la calidad de vida del jugador, es decir: el diagnóstico no depende únicamente de la frecuencia o el monto de las apuestas. Sí una persona juega solo una vez al año, pero ese día pierde todo su dinero, hipoteca su casa, roba para seguir jugando: tiene juego patológico; en cambio sí otra persona apuesta todos los días insignificantes cantidades de dinero, es probable que no presente JP, pero seguramente se encuentra en riesgo para desarrollar la enfermedad.

Existe entonces un espectro, un *continuum* de comportamientos ligados al juego, que comenzaría con el juego infantil sin apuesta de por medio; seguiría con el juego social, (el grupo de amigos que se reúne periódicamente a apostar y compartir); y terminaría con el JP que a su vez presenta grados variables de severidad.

Entre el jugador social y el patológico tenemos una categoría del espectro que reviste especial interés: el jugador problema. Los jugadores problema, (que son muchos mas que los francamente patológicos), son personas que juegan y apuestan frecuentemente, pero no alcanzan a cumplir con todos los criterios clínicos para ser calificados como patológicos. La importancia de esta categoría dentro del espectro lo constituye el hecho que esta población se encuentra en un riesgo bastante alto para desarrollar la enfermedad, por consiguiente, los esfuerzos encaminados a iniciar prevención del JP, deben enfocarse muy especialmente en este subgrupo.

Las consecuencias del JP se viven en diversos aspectos de la vida del paciente: un ludopata tiene un riesgo mucho mayor que la población general de pérdida de su empleo, problemas financieros, (créditos bancarios sin pagar, manejo desordenado de tarjetas de crédito), pérdida de relaciones afectivas significativas (riesgo tres veces mayor que la población general para divorcio), fracaso escolar y participación en actos delictivos con el propósito de financiar el juego. Respecto a los delitos cometidos por el jugador patológico estos son típicamente no violentos: fraudes, desfalcos o estafas.

EPIDEMIOLOGÍA

Desde 1987, con la aparición del instrumento SOGS (South Oaks Gambling Screen), una encuesta validada de tamizaje para juego patológico, se empezó a determinar cifras de prevalencia e incidencia de esta patología en la población general y en poblaciones más pequeñas.

La escala SOGS, es una entrevista estructurada que emplea los criterios diagnósticos de la DSM IV TR para juego patológico, divide a la población según como responde en: sin problemas con el juego, jugador problema y jugador patológico. La validación original de esta prueba en 1987, arrojó una cifra de sensibilidad de 96.7%, especificidad de 91.4%, además su alfa de Cronbach es del 0.97% y la prueba test-re test es del 0.71%. Esta prueba ha sido validada repetidas veces en varios países y varios idiomas, ya se cuenta con una versión en español de la misma y siempre ha mantenido cifras altas de sensibilidad y consistencia en sus resultados, es fácil de aplicar y puede ser auto administrada.

Empleando la escala SOGS, las cifras de prevalencia varían entre el 1.5% de la población general, hasta el 5% en algunos reportes. En poblaciones circunscritas, especialmente en adolescentes o adultos jóvenes, las cifras son significativamente mayores reportándose prevalencias para juego patológico cercanas al 5% en población de estudiantes de pregrado en algunas universidades norteamericanas, y del 8.1% para jugadores problema y del 2% para juego patológico en personal militar joven. Debe anotarse que existe una escala para ser aplicada en población adolescente: el SOGS-RA.

Además del SOGS, otra escala de tamizaje, bastante práctica es la empleada por el grupo de autoayuda Jugadores Anónimos (GA por sus siglas en inglés. Disponible en: Gamblers Anonymous International Service Office, P.O box 17173 Los Ángeles. USA):

Cuestionario de 20 preguntas de Jugadores Anónimos.

1. ¿Ha perdido el tiempo debido al juego?
2. ¿El juego ha tornado infeliz su vida?
3. ¿Jugar ha afectado su reputación?
4. ¿Ha sentido remordimiento o culpa después de jugar?
5. ¿Ha apostado dinero con el que podía pagar deudas u otras obligaciones económicas?
6. ¿El juego le ha provocado una disminución de su rendimiento laboral o académico?
7. ¿Después de perder usted siente que debe retornar a apostar lo mas pronto posible para recuperar lo perdido?
8. ¿Después de ganar usted se siente ansioso e impaciente por volver a jugar y ganar todavía más?
9. ¿Usted se ha jugado hasta el último peso que tenía?
10. ¿Ha pedido prestado para financiar su juego?
11. ¿Ha vendido cosas importantes (electrodomésticos, equipos de trabajo) para pagar su juego?
12. ¿Usted es reacio a gastar el dinero para jugar en otras cosas?
13. ¿Por jugar usted ha descuidado a su familia o a si mismo?
14. ¿Ha gastado mucho más tiempo de lo planeado en jugar?
15. ¿Usted juega o ha jugado para escapar de la tristeza o las preocupaciones?
16. ¿Ha cometido o pensado cometer algún acto ilegal para costearse su juego?
17. ¿El juego le ha provocado problemas del sueño?
18. ¿Ha tenido peleas, discusiones, alegatos provocados por su manera de jugar?
19. ¿El juego se convirtió en una manera de celebrar sucesos afortunados en su vida?
20. ¿Ha pensado en hacerse daño por culpa de su manera de jugar?

Siete o más respuestas positivas sugieren juego patológico. (Enfatizamos en el *sugieren*, esta prueba por sí sola no hace diagnóstico)

Utilizando datos de otras latitudes, es digno de resaltarse la insistencia en repetir que la prevalencia e incidencia de esta patología pareciera ir en progresivo aumento, ligado este fenómeno según los autores a tres razones: la legalización de los casinos en la mayoría de estados de la unión americana, la difusión de torneos de diversos juegos por medios de comunicación masiva (la serie mundial de póquer es el evento mas visto en un canal de televisión pagada especializado en la transmisión de eventos deportivos) y al advenimiento de la internet con la posibilidad de jugar en línea. Para la academia americana de medicina familiar, el JP es hoy una adicción emergente, con la mayor incidencia entre todas las conductas adictivas, siendo la población adolescente la más vulnerable

Según la encuesta nacional de juego, en un trabajo publicado por Welte y colaboradores, del instituto nacional de investigaciones en adicción y de la universidad estatal de Buffalo, en los Estados Unidos, hasta un 82% de la muestra entrevistada ha apostado al menos una vez durante el último año, y anotan como su país se encuentra en un momento donde el apostar se halla en pleno furor.

En Colombia no existe, al menos conocido por nosotros, un solo estudio que determine la verdadera prevalencia del problema, ni en población general, ni en otras poblaciones, el único estudio registrado en la revista colombiana de psiquiatría al respecto del juego patológico es un trabajo sobre la comorbilidad de esta entidad que es muy frecuente y ya estaba descrita en trabajos extranjeros.

El juego patológico es una enfermedad de hombres, en relación de 3 a 1, con edades de máxima presentación entre los 18 y los 55 años de edad.

No existe un estudio conocido por los autores que trate acerca del juego patológico en mujeres, aparentemente existe sub diagnóstico al respecto.

ETIOLOGÍA

Sigmund Freud buscaba explicar desde la perspectiva psicoanalítica, las motivaciones inconscientes de la conducta del ludópata, basado fundamentalmente en descripciones sobre la conducta de Dostoievski durante su estancia final en Alemania, cuando el escritor ruso permanecía apostando frecuentemente a la ruleta. Para Freud, el juego es una manera de auto castigo para expiar una culpa inconsciente. Al respecto, en su artículo "Dostoievski y el parricidio" dice así: *"... fue un evidente acceso de pasión patológica, que no pudo ser desviada y utilizada en otro sentido... Dostoievski podía alegar que jugaba para ganar lo necesario para regresar a Rusia y pagarle a sus acreedores. Pero ello no era mas que una excusa, Dostoievski era lo bastante inteligente para reconocerlo y lo bastante honrado para confesarlo, lo importante era el juego en sí, el juego por el juego"*

Dostoievski enfatiza lo anterior: *"le juro que no juego por el ansia de hacer dinero, aunque bien lo necesito"* se lee en algunas de sus cartas de esa época.

Para Freud, el juego es una forma de auto castigo por partida doble, dado no solamente por las abrumadoras pérdidas vividas a diario en la ruleta, sino también por que estas le permitían a Dostoievski auto reprocharse y denigrarse.

Igualmente no deja de ser llamativo como los biógrafos del escritor anotaban: *"siempre permanecía en la mesa de juego hasta quedar completamente arruinado. Sólo al haber completado el daño se alejaba el demonio de su alma, dando paso al genio creador"*, pues Dostoievski una vez terminaba sus extenuantes jornadas de juego, (algunas de días enteros), se sentaba a escribir, con la maestría que caracterizó toda su obra.

A partir de las hipótesis freudianas, unas nuevas se están planteando y revaluando, pasando en el siglo XX de considerar esta patología una adicción, una consecuencia de un déficit en el procesamiento de la información en la sinapsis serotoninérgica, en las sinapsis dopaminérgica, o una discapacidad estructural o funcional en el lóbulo frontal entre otras. Todas, y cada una de estas posibilidades etiológicas son ahora meras hipótesis, y no existe evidencia suficiente para descartar o confirmar plenamente alguna de ellas, sin embargo, existe una hipótesis que nos gusta más que el resto, y es la planteada por Chambers y colaboradores en el año 2003; en esta revisión, los autores plantean como la adolescencia es un periodo crítico para cualquier tipo de adicción, tanto a sustancias psicoactivas como a las denominadas "adicciones conductuales", y esa vulnerabilidad a la adicción obedece a que el neurodesarrollo del lóbulo frontal todavía no termina en la adolescencia, entonces cualquier estímulo lo suficientemente placentero y sostenido vivido en esta etapa de la vida, sumada a áreas de castigo no plenamente desarrolladas, llevarían a que las personas expuestas precozmente al apostar, sean más susceptibles de caer en el juego patológico o a cualquier otra adicción. Para los autores, tanto los circuitos cerebrales de recompensa como los de castigo, cuando ya están maduros, actúan siguiendo modelos computacionales, y no de manera simplemente refleja como sucede en las primeras etapas de la vida. Estas respuestas reflejas, de todo o nada, y sin discernimiento nos harían caer muy fácilmente en cualquier adicción, al ser este comportamiento identificado solamente como placentero.

En ese mismo orden de ideas, un trabajo reciente, aparecido en *Nature Neuroscience* de febrero de 2005, reporta como se realizaron pruebas de neuro imagen funcional a un grupo de jugadores patológicos, encontrando que estos, al igual que los adictos a cocaína durante el consumo, no activan como los controles normales, las áreas meso límbicas de recompensa. En este estudio, se tomaron 12 pacientes con JP y 12 controles sanos, los integrantes de ambos grupos se sometieron a una resonancia nuclear magnética cerebral, mientras practicaban juegos de azar en un computador. Se observó como los individuos de ambos grupos activaban las áreas del circuito cerebral de recom-

pensa cuando ganaban un lance del juego, pero de manera llamativa, los jugadores patológicos activaban estas áreas muchísimo menos que los controles y la diferencia de activación era estadísticamente significativa. El anterior estudio sugiere una deficiencia funcional en el sistema endógeno de gratificación y placer, y podría explicar la conducta insaciable del jugador que nunca cesa de apostar, así pierda o gane, básicamente por una discapacidad endógena para sentirse satisfecho.

En un trabajo publicado en el año 2005 por Krueger y colaboradores, los autores midieron los niveles de cortisol basal, 30 minutos antes, durante y después de un juego de *black jack* en un casino a una población sin juego patológico y a un grupo control, encontrándose como los niveles de cortisol sérico se incrementaban notoriamente, al igual que la frecuencia cardíaca durante la sesión de juego, ese incremento era aún más significativo en la población con rasgos fuertemente impulsivos. Los autores sugieren que la impulsividad podría llegar a ser un factor precipitante o agravante de la ludopatía.

Algunos trabajos plantean la posibilidad de un factor etiológico hereditario para el JP, esto lo hacen basados en que existe un riesgo 20 veces mayor de padecerlo cuando uno de los padres lo presenta. Igualmente la tasa de concordancia del JP es 5 veces mayor en gemelos monocigóticos que en los dicigóticos.

Comins y col. encontraron una mutación en el alelo Taq-A1 del receptor dopaminérgico D2, que se asocia fuertemente con conductas adictivas, impulsividad y JP, otros investigadores hallaron anomalías semejantes en diversos genes que sintetizan varios subtipos de receptores dopaminérgicos.

De ser heredable, el JP sería una entidad poligénica, de genética compleja, en la que existiría una interacción del entorno sobre una predisposición genética, el genotipo no sería entonces una causa suficiente para desencadenar el problema de conducta.

COMORBILIDAD

Como suele suceder con buena parte de las enfermedades psiquiátricas, el JP es una patología que suele presentarse en compañía de otras, especialmente se asocia con problemas como adicción a psicoactivos, enfermedades afectivas (depresión especialmente), trastornos de ansiedad como el obsesivo compulsivo y cuadros mentales orgánicos. La comorbilidad llega, algunos estudios a cifras tan elevadas como el 54% de los casos

Dannon, Lowengrub y colaboradores de la Universidad de Tel Aviv, tomaron un grupo de estudio conformado por 52 pacientes con JP y sus parientes en primer grado de consanguinidad, (muestra de 93 personas). Al grupo se le practicaron una entrevista semi estructurada con los criterios diagnósticos del DSM IV, además diversas pruebas de tamizaje para JP, depresión, trastornos de ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo, encontrándose en el grupo de estudio, tanto para los pacientes como para sus parientes muy altas prevalencias de abuso de alcohol y psicoactivos, puntajes muy elevados en las escalas SOGS, Hamilton para ansiedad y depresión, Yale Brown (una escala de tamizaje universalmente reconocida para el diagnóstico y seguimiento del trastorno obsesivo compulsivo) El grupo control conformado por 93 pacientes de la población general no evidenció estas cifras.

El grupo de Tel Aviv plantea como explicación para sus hallazgos la posibilidad que el JP sea parte de un espectro de problemas ligados al obsesivo compulsivo, anotan también como el tamaño de la muestra, juzgado por ellos mismos como pequeño, provoque un efecto de sesgo de selección.

Un trabajo colombiano, presentado por Rodríguez Guarín y Gómez Restrepo, del departamento de psiquiatría de la Universidad Javeriana de Bogotá, tomó en el año de 1998 a 80 pacientes atendidos en una unidad de consulta ambulatoria de salud mental, de estos 41 presentaban abuso de psicoactivos, en especial pasta básica de cocaína; 29 presentaban trastorno afectivo bipolar y los 10 restantes un trastorno obsesivo compulsivo. A todos los pacientes se les realizó la encuesta SOGS, encontrándose que los pacientes con abuso de sustancias y los pacientes bipolares arrojaban en el SOGS puntajes compatibles con juego patológico en un 46.3% y un 47.4% para cada uno de estos grupos, lo que marcaba unas cifras de comorbilidad muy elevadas.

El jugador patológico presenta un riesgo de suicidio muy elevado, según un estudio de Ladouceur y col, realizado en Québec 1994, un 27% de los ludópatas se suicidan, igualmente se observan prevalencias de depresión severa en un 18% y de manía en un 8%, (contra el 5% y 1% respectivamente en población general). Lo anterior sugiere fuertemente que el JP sea una manifestación de una enfermedad afectiva, especialmente trastorno afectivo bipolar.

Igualmente se observa la presencia de comorbilidad del JP con desorden por déficit atencional, bien sea con el antecedente personal del ludópata quien padeciera la enfermedad durante su niñez, o bien la coexistencia de DDA más JP en la adultez.

En general, las patologías que sean provocadas por problemas en las vías dopaminérgicas frontales se asocian a JP, un ejemplo el DDA, pero también son comorbidas todas las lesiones estructurales del lóbulo frontal con JP, independientes de su origen. Así se han encontrado asociaciones de JP con demencias fronto temporales, con tumores de lóbulo frontal y con secuelas de trauma encéfalo craneano que ocasione encéfalo malacia frontal. Esta comorbilidad se explica por la hipótesis etiológica previamente anotada: el circuito humano de gratificación y recompensa necesita de la integridad anatómica y funcional del lóbulo frontal, cuando esta se pierde funcionalmente (DDA) o anatómicamente (traumatismo, demencia), el riesgo de desarrollar ludopatía se incrementa.

En ese mismo orden de ideas, encontramos reportes de JP presentado como un efecto adverso en varios casos de pacientes con enfermedad de Parkinson recientemente tratados con medicamentos agonistas dopaminérgicos, hallándose una vez mas patología de lóbulo frontal y problemas de las vías dopaminérgicas con el JP.

TRATAMIENTO

No existen guías basadas en la evidencia para el tratamiento de esta enfermedad, pero la academia nacional de médicos familiares de Estados Unidos sugiere los siguientes pasos en el manejo del jugador una vez diagnosticado:

1. Remitir al paciente a jugadores anónimos (el equivalente en el juego patológico de los alcohólicos anónimos, una organización de auto ayuda, con un esquema de tratamiento y seguimiento que sigue los mismos 12 pasos que aconseja alcohólicos anónimos para sus miembros)
2. Iniciar en el paciente terapia cognitivo conductual.
3. Diagnosticar y manejar las comorbilidades.
4. Controlar el riesgo suicida alto en estos pacientes.
5. Tratar de manera combinada, tanto farmacológica como no farmacológicamente esta patología.

Para llevar a cabo todo lo anterior, debe trabajarse con un equipo multidisciplinario, encabezado por un psiquiatra clínico.

Respecto a esta enfermedad no existen guías de tratamiento, fundamentalmente por que los reportes de las diversas terapias usadas se basan en series o reportes individuales de casos. Ante la ausencia de protocolos de manejo universalmente aceptados existe toda una gama de opciones te-

rapéuticas de muy distinto tipo, aquí las clasificaremos en: no farmacológicas y farmacológicas.

Terapias no farmacológicas

La asociación de jugadores anónimos, utiliza un modelo de tratamiento copiado de su predecesora: los alcohólicos anónimos, es un programa de autoayuda de 12 pasos, en el cual los jugadores "veteranos" prohíjan y apadrinan a los nuevos. Las estadísticas de GA, realizadas por ellos mismos sin control externo, refieren cifras de abstinencia total para el juego hasta del 70% el primer año.

Las terapias psicoanalíticas y comportamental son las más socorridas para el manejo de estos casos, lamentablemente casi todos sus resultados son obtenidos a partir de reportes de casos aislados.

Terapias farmacológicas

Se han utilizado diversas estrategias: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), naltrexona, antipsicóticos y estabilizadores del estado anímico.

ISRS: se utilizan fundamentalmente por el papel que realiza el neurotransmisor serotonina en el control del comportamiento impulsivo. Se han ensayado fluoxetina, fluvoxamina, citalopram y paroxetina, siendo eficaces todas, pero a dosis entre 3 y 4 veces mayores que las empleadas para el manejo de la depresión. Todos estos fármacos se consiguen en Colombia Se recomienda iniciar a dosis bajas y al cabo de tres semanas llegar a las dosis recomendadas, ejemplo:

- Fluoxetina, iniciar con 20 mgs/día y culminar con 60 mgs/día
- Paroxetina, iniciar con 20mgs/ culminando con 80 mgs/día.
- Escitalopram, iniciar con 10 mgs/día culminando con 40 mgs/día
- Naltrexona: este inhibidor del receptor para opiáceos empezó a utilizarse en el manejo del alcoholismo, al notarse como el adicto activa los circuitos de recompensa endorfinicos al momento de consumir su sustancia psicoactiva, independiente que químicamente sean muy diferentes los opiáceos del alcohol u otras sustancias de abuso.

Ante la semejanza conductual del JP con una adicción a sustancias, se empezó a emplear la naltrexona para su tratamiento.

La naltrexona se ha empleado igualmente en el manejo de comportamientos en los que exista el deseo imperioso de

realizar algo ("urgencia"), verbigracia: cleptomanía y JP. Se utilizan dosis de 100 a 150 mgs/día. Debe monitorearse la función hepática de estos pacientes ante reportes de hepatotoxicidad, y en caso que las enzimas hepáticas se eleven, debe retirarse. Se aconseja toma de enzimas cada 2 semanas los primeros 3 meses, luego estas mediciones se deben realizar cada 3 meses.

Antipsicóticos y estabilizadores del estado anímico han sido útiles cuando existe una franca comorbilidad de esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar con JP

SITUACIÓN NACIONAL Y REGIONAL

No existen todavía estadísticas oficiales acerca de la prevalencia del JP en Colombia, ni en la población general, ni en poblaciones circunscritas, tales estadísticas tendremos que descubrirlas nosotros mediante la investigación. Personalmente creo que las cifras no serán bajas, dada la aceptación popular que siempre a tenido el apostar entre nuestra gente.

Actualmente se transmiten por televisión, eventos de juegos que exhiben inmensos premios en efectivo, en tales transmisiones se ve como depositan en la mesa de juego una cantidad de dinero que seguramente la mayoría de seres humanos nunca podremos obtener con toda una vida de trabajo, ese mensaje incide en un adolescente que cree encontrar en las apuestas la ruta hacia un dinero fácil y esa podría llegar a ser una fuerte motivación para encontrarnos en poco tiempo con el JP como la adicción emergente en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blume S. Pathological gambling. *British Medical Journal* 1995; 311 (7004) 522-523
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders 4th edition. Text revision 4. Washington. American psychiatric association 2000.
3. Andric I. Un Puente sobre el Drina. Barcelona. Editorial Plaza y Janés 1965.
4. Dostoievski F. El jugador. Bogotá. Casa editorial EL TIEMPO 2002.
5. Freud S. Obras completas. Buenos Aires. Biblioteca nueva 1981.
6. Bahamón M. Juego patológico: revisión de tema. *Revista colombiana de psiquiatría* 2006; 35 (3) 381-400.
7. Rodríguez Guarín M, Gómez Restrepo C. Juego patológico: comorbilidad con dependencia de sustancias, trastorno afectivo bipolar y trastorno obsesivo compulsivo. *Revista colombiana de psiquiatría* 1988; 27 (3) 181-196.
8. Unwin B, Davis M, De Leeuw J. Pathological gambling. *American Academy of Family Physicians* 2000; 61 (3): 741-749.
9. Ladouceur R. Pathological gambling: the making of a medical problem. *The New Eng Journal of Med* 2000; 343 (14) 1050-1061
10. Roshental R, Lorenz V. The pathological gambling as criminal offender. Comments on evaluation and treatment. *Psych. Clin of North Am* 1992; 15 (3) 7-19
11. Lesieur HR, Blume SS. The south oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers: *American Journal of Psychiatry* 1987; 144 (9): 1184-1188.
12. Welte J, Barnes G, Wiezoreck W, Tidwell C. Gambling participation in the US. Results from a national survey. *Journal of gambling studies* 2002; 18(4): 313-319
13. Chambers R, Taylor J, Potenza M. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160 (6): 1041-1063
14. Spiro J. Reward and punishment in orbitofrontal cortex. *Nature Neuroscience* 2001; 4(12): 111-114.
15. Reuter J, Raedler T, Rose M, Hand I, et al. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience* 2005; 8(2): 147-151
16. Krueger T, Schledowski M, Meyer G. Cortisol and heart rate measures during casino gambling in relation with impulsivity. *Neuropsychobiology* 2005; 52 (4): 206-211
17. Comings DE. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS spectrums int. J Neuropsychiatric Med* 1996; 3 (6): 20-37
18. Dannon P, Lowengrub K, Aizer A, Kloter M. Pathological gambling: comorbida diagnosis in patients and their families. *Israel J Psychiatric Related Sciences* 2006; 43(2): 88-93
19. Ladouceur R, Dube D, Bujold A. Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Can J Psychiatry* 1994; 39(5): 289-293
20. Brender E. Pathological gambling caused by drugs used from treatment of Parkinson's disease. *JAMA* 2005; 294(17): 2142.
21. Lo Coco D, Nazi P. frontotemporal dementia presenting with pathological gambling. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2004; 16(1): 117

22. **Grant JE, Potenza MN.** Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety, an open-label pilot study with double blind discontinuation. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21 (4): 203-209
23. **Hollander E, Sood E, Pallati S, Baldini N, et al.** Treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 2005; 21(1): 99-110
24. **Grant JE, Potenza MN.** Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 2003; 19(1): 86-109