

T. 16 TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS: JUEGO PATOLÓGICO

I. INTRODUCCIÓN

El juego patológico no será reconocido internacionalmente como un trastorno mental hasta 1980 cuando la APA lo incluye en el DSM-III.

La principal causa de tan tardío descubrimiento tendría que ver con el apoyo empresarial y estatal que ha llevado a la proliferación de estos juegos.

II. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

A. CONCEPTUALIZACIÓN.

LESIEUR: (la definición más aceptada)

- jugador patológico = ... fracasa progresiva y reiteradamente en su intento de resistir el impulso de jugar, aunque...
- la caza y el círculo vicioso
- mentiras; todo su tiempo; deterioro de relaciones; culpa, ánimo deprimido, suicidio

CUSTER: Suele comenzar en la adolescencia. Tres fases para pasar de “jugador social a patológico”.

1. Fase de ganancias.
Juega poco; algún premio; maximiza las ganancias y minimiza las pérdidas; optimismo y autoestima.
2. Fase de pérdidas.
Más dinero invertido, más pérdidas. Círculo vicioso. Deterioro familiar y laboral. Falta de control de impulsos. Ni él ni su familia reconocen el problema/trastorno. Pequeñas treguas. La familia se responsabiliza.
3. Fase de desesperación.
Ocultación, mentira; desbordamiento; delitos; deterioro familiar extremo; intentos de suicidio

B. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

EN 1980 se incluye en el DSM-III (gracias a Custer) dentro de los “trastornos del control de los impulsos no catalogados en otro apartado”

DSM-III: 3/7; como un fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete o altera los intereses personales, familiares y vocacionales. Señala como criterio de exclusión el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial.

DSM-III-R: 4/9: criterios similares a los de abuso de sustancias; se elimina el criterio de exclusión anterior: ambos pueden diagnosticarse juntos.

DSM-IV: 5/10; Estos criterios, a diferencia de los anteriores, están basados en la investigación y han sido seleccionados según su validez discriminante. No, si se explica mejor por episodio maníaco.

CRITERIOS:

- A.** Conducta de juego desadaptativa indicada por, al menos cinco de los siguientes síntomas:
- 1). Preocupado por el juego
 - 2). Necesidad de jugar una cantidad mayor cada vez para obtener la excitación deseada.
 - 3). Hacer repetidos intentos sin éxito para cortar, o dejar de jugar.
 - 4). Inquietud o irritabilidad cuando se intenta dejar.
 - 5). Jugar como modo de escapar de los problemas o de aliviar el humor disfórico.
 - 6). Volver al día siguiente para recuperar lo perdido.
 - 7). Mentir para ocultar el alcance de su implicación
 - 8). Cometer actos ilegales para financiar el juego.
 - 9). Arriesgar o comprometer una relación significativa, el trabajo, u oportunidades educativas o de promoción a causa del juego.
 - 10). Contar con otros (o con instituciones) para aliviar las situaciones financieras producidas.
- B.** El trastorno no se circunscribe a un episodio maníaco.

CIE-10:

- 3 o más episodios un año
 - ... a pesar del malestar y la interferencia...
 - Incapacidad para controlar la urgencia a jugar y parar...
 - Preocupación mental...
- Criterios de exclusión: pacientes maníacos y pacientes sociopáticos

C. DISTINTAS CONCEPTUALIZACIONES DEL JUEGO PATOLÓGICO

A. Planteamiento dicotómico (tradicional): se es o no se es según se cumplan los criterios. P. ej. Jugadores Anónimos, DSM, modelo médico tradicional. La postura con más investigación.

- Tratamiento: abstinencia total
- Está enfermo: no es responsable; atenuante legal en los juicios por delitos asociados.
- Juego patológico = como una enfermedad mental, una adicción adquirida o la consecuencia de una anomalía física subyacente

1. Como un trastorno del control de los impulsos.

Postura del DSM-IV. Lo pone junto a la cleptomanía, trastorno explosivo intermitente, piromanía y tricotilomanía.

Característica principal: pérdida de control sobre la propia conducta:

- Fracaso en resistir el impulso
- Activación previa
- Placer con la consumación. El acto es egosintónico, aunque dp...

2. Como una conducta adictiva

Postura del aprendizaje social, del DSM-III-R y IV: características comunes con las conductas adictivas.

P.ej.:

- Factores socioculturales: aceptación y disponibilidad
- De personalidad: extroversión, psicoticismo, psicopatía. Pero datos contradictorios: no hay perfil.
- Modelos explicativos: el papel del refuerzo, el condicionamiento clásico y el aprendizaje observacional. Mecanismos de defensa comunes: racionalización y negación.
- Fenómenos comunes:
 - o Intensa preocupación; tolerancia y S.A.
 - o "el golpe"
 - o Estados disociativos
 - o Todo se supedita a la adicción.
- Amplia repercusión social
- El proceso de recaída: ¡¡3 primeros meses!! Situaciones de riesgo similares.
- Tratamiento: tratamientos multimodales con prevención de recaídas; técnicas aversivas
- Co-adicciones: juego <---> alcohol (vs la población general)

Unos (USA), la consideran conducta adictiva; otros no: al no haber sustancia física que ocasione cambios biológicos en el organismo, no se puede hablar de adicción.

3. Como conducta compulsiva

A pesar de las similitudes con el TOC (urgencia, papel reforzante, tratamiento), para los obsesivos su conducta sería egodistónica.

B. Como un continuo:

Jugador social	_____	Jugador patológico
Baja frecuencia, sin problemas asociados		Falta habilidad para manejo de finanzas y del juego Tratamiento: juego controlado y leyes restrictivas.

Se señala la importancia del aprendizaje y la exposición al juego.

D. EPIDEMIOLOGÍA

En general: 4%

DSM-III-R (1987): 23% de la población adulta. Pero cuidado con la Deseabilidad Social; tb muchos rehúsan.

1. Estudios epidemiológicos
 - Primeros estudios son en EEUU, en los 70
 - En Cataluña, Galicia y Sevilla (1990-92): 1-2 % de la población; 5.18% de alto riesgo en la población sevillana

2. Sobre poblaciones especiales:
 - a. En la población de jugadores se encuentran más jugadores patológicos.
 - b. En jóvenes adolescentes: en los últimos años ha habido un aumento espectacular (USA: 5%)

E. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

- Más hombres: en los estudios epidemiológicos (2:1); en los clínicos (10:1)
 - o Más diferencias en epidemiología entre adolescentes (4:1)

- En todas las edades, si bien la más frecuente es menos de 30 años (30-40%)
 - o Los jóvenes buscan tratamiento solo en un 10-20%
 - o Los más jóvenes juegan con amigos; los jubilados, solos.

- En todas las clases sociales, aunque:
 - o Casino: clase alta y media-alta
 - o Máquinas recreativas: clase media y baja.

- En todos los niveles educativos, aunque:
 - o Los de nivel superior van más a tratamiento
 - o Más habitual entre los parados y los de bajos ingresos.

- Más en personas solteras, separadas o viudas que en casados, aunque:
 - o Los casados acuden más a tratamiento

F. EDAD DE INICIO: adolescencia (en hombres); más tarde (en mujeres)

CURSO: oscilaciones, pero tendiendo a la cronicidad

G. PROBLEMAS ASOCIADOS AL JUEGO

DSM-IV: El deterioro que causa el juego es extremadamente incapacitante.

1. PERSONALES

- a. Consumo de drogas: alcohol, tabaco u otras.
 - El deterioro es mayor en los jugadores que abusan de las drogas.
- b. Otras conductas adictivas: fumar, comer, sexo, drogas ilegales
- c. Trastornos afectivos:
 - depresión (76%): consecuencia, causa/ recaída; más en mujeres (vs hombres) en tratamiento; causa de SOS; intentos de suicidio
 - dentro de un episodio maníaco o hipomaniaco; también como desencadenante. Aunque es más frecuente la depresión.
 - Su incidencia es mayor en los jugadores que además consumen alcohol u otras

- drogas y en aquellos que han vivido acontecimientos vitales estresantes.
- d. Estrés postraumático (23% en muy estresantes; 16% en moderadamente estresantes)
 - e. Ansiedad, que podría ser mayor en los que además beben: beben para bloquear la ansiedad.
 - f. Trastornos psicósomáticos: dolores de cabeza, estómago, alteraciones sueño-vigilia...
 - g. Trastornos de personalidad: antisocial, narcisista y límite; predisponen y son agravados.
 - h. En algunos, como continuación de una hiperactividad en la infancia

2. FAMILIARES

- La familia actúa como elemento facilitador y como inhibidor.
- Los más afectados son la pareja y los hijos.
 - En las esposas:
 - o Trastornos psicósomáticos y depresivos
 - o Dificultades de comunicación
 - o Relaciones sexuales insatisfactorias.
 - o Modo de afrontamiento negativo y poco eficaz en las parejas
Tipos: esposa mártir, la acobardada, la perfeccionista; ¿antecedente o consecuencia?
 - o Fases (3): negación, estrés, agotamiento o desesperación
 - En los hijos:
 - o Las condiciones en las que viven
 - o El modelo que se les ofrece: población de riesgo para conductas problemáticas.
- Tb se ha comenzado a estudiar las repercusiones en los padres del hijo jugador adolescente

3. SOCIALES: Aislamiento en las fases avanzadas

4. LABORALES: menor implicación, ausencia, robo, despido...; bajas calificaciones escolares

5. LEGALES: delitos no violentos.

H. TIPOS DE JUGADORES

(No hay acuerdo y poca evidencia experimental)

Bergler (6): jugador clásico, el hombre pasivo-femenino, pseudosuperior defensivo, el motivado por culpa inconsciente, el impasible y la mujer jugadora.

Moran (5) según la causa:

- Neurótico: como respuesta a una situación o problema emocional.
 - Psicopático: como una conducta más de este trastorno.
 - Impulsivo: con un bajo control de los impulsos.
- Estos tres han recibido algún apoyo experimental
- Subcultural.
 - Psicótico: asociado a un trastorno psicológico primario.

Kusyszyn (16) dependiendo de cómo se define respecto a cuatro factores: gana/no; dedica mucho/poco tiempo; otros afectados/no; se siente bien/no.

Custer: según la motivación:

- Jugadores profesionales o delincuentes: consideran el juego como fuente de ingresos. Controlan.
- Jugadores de tiempo libre:
 - o Ocasionales
 - o Habituales:
 - Con autocontrol
 - Patológicos (jugadores-problema):
 - Social-serio: inicia el juego por entretenimiento, sin que existan problemas personales o familiares previos, aunque progresivamente va implicándose cada vez más en el juego, hasta que aparecen problemas en algunas de estas áreas
 - Alivio-escape: utiliza el juego como modo de escape frente a emociones desagradables, como la ansiedad, el aburrimiento, la soledad... Puede ser:
 - o Explosivo: tiene episodios de juego intenso, donde descarga su ira o se siente importante.
 - o Tranquilo: usa el juego como evasión de algún aspecto desagradable de su vida.

McCormick y Taber proponen tres tipos de jugadores:

- Obsesivo-compulsivo; depresión endógena; trauma vital; drogas; socializado
- Compulsividad; ansiedad; depresión situacional moderada; abuso alcohol esporádico y moderado; baja socialización.
- Alta compulsividad; hostilidad más que depresión; moderados traumas; sin abuso de drogas; muy baja socialización

Jugadores Anónimos:

- El jugador serio: juega de modo regular, dedicando tiempo y dinero considerable, pero no le causa problemas en otras áreas.
- El jugador dependiente: lo utiliza como escape a emociones negativas, pero es capaz de parar temporalmente cuando el juego amenaza su situación laboral o familiar.
- El jugador compulsivo: no puede parar, a pesar de.... Sería una fase avanzada del anterior.

González: según las motivaciones para jugar y las consecuencias:

- El jugador social: juega por placer, de modo esporádico y con control sobre el juego.
- El profesional: mantiene un control sobre su conducta de juego, estudiando las jugadas de modo que le permitan obtener beneficios.
- El patológico: ha perdido el control sobre su conducta de juego, con un deterioro personal, familiar y social.

Ochoa y Labrador añaden:

- El jugador problema: ≈ al dependiente de J.A.; Alto riesgo de convertirse en patológico.

III. FACTORES PREDISPONENTES Y MANTENEDORES.

Multicausalidad; no todos los factores influyen igual; estudios retrospectivos

A. FACTORES PREDISONENTES

Se pueden distinguir tres tipos de factores: personales, familiares y socioambientales.

1. Factores personales:

Son aquellas características que presenta la persona y que le predisponen a utilizar el juego como válvula de escape a sus problemas

a) Características de personalidad.

Resultados confusos; no establecer causalidad; no es una población homogénea.

- Dimensiones generales:
Datos confusos: algunos estudios se observa que los jugadores puntúan alto en neuroticismo y psicoticismo, pero en otros estudios esto no se observa. Lo mismo ocurre cuando se estudia la extroversión. Los estudios de valoración de la personalidad con la escala MMPI tampoco son concluyentes.
- Dimensiones específicas:
 - Sobre la dimensión **búsqueda de sensaciones (BS)**: resultados no son consistentes. Algunos encuentran puntuaciones más altas de entre los jugadores-problema y los patológicos, y hay evidencia que los que puntúan más alto apuestan más y tienen mayores incrementos en la tasa cardíaca. Pero en otros estudios los jugadores puntúan más bajo que el resto.
 - Más que ser una característica común, parece existir un grupo de jugadores con altas puntuaciones en BS, para los que el juego fuera altamente reforzante debido a las fuertes emociones inherentes al mismo.
 - Incluso, algunos apuntan que estos jugadores serían más numerosos entre los que practican los juegos de habilidad (p.ej. apuestas) o los que buscan ambientes altamente estimulantes (vs los de azar)
 - Sobre la dimensión **Locus de control** (=la creencia que la persona tiene sobre qué determina los sucesos que le afectan). También resultados son contradictorios.
 - Aunque los jugadores parecen presentar un LC externo, los resultados no son consistentes (hay sesgo atribucional)
 - También podría ser diferente según el tipo de juego: es más probable un LC interno en juegos de habilidad, y un LC externo en los de azar.
 - El MMPI: los jugadores de habilidad son más expansivos, impulsivos, más gregarios, más BS. (vs) azar (menos gregarios, más pasivos, tendencia a la depresión)

b) Factores biológicos: ¿papel decisivo?

En la actualidad existen unos estudios que ponen de manifiesto el papel que desempeñan las variables biológicas en el inicio y mantenimiento del juego patológico. Se trataría de una predisposición hacia la adquisición de conductas adictivas.

Las teorías más aceptadas están las basadas en la existencia de alteraciones en la activación fisiológica previa y en el papel reforzante como un modo de conseguir el equilibrio en el arousal. Las más relevantes son las de Brown y las de Jacobs.

El modelo de Brown (1986):

Considera la activación o excitación inherente al juego como reforzante.

Hay diferencias individuales en el nivel de arousal óptimo: aquellas personas para las que una baja activación resulta desagradable y que descubren el poder reforzante de la conducta adictiva (p.ej. el juego), tenderán a repetir cada vez más esta conducta, que incluso dará lugar al síndrome de abstinencia cuando no se juegue.

El nivel de arousal, cada vez más alto a medida que juega, produce un estrechamiento de la atención, lo que contribuye a la aparición de cogniciones erróneas y estados confusionales, y permite escapar de otras preocupaciones (refuerzo negativo).

Las diferencias individuales en la BS estarían implicadas tanto en la búsqueda repetida de este estado como en la capacidad de experimentarlo.

En 1987 trata de ampliar el modelo acoplándolo a la t^a de la reversión de Apter: las adicciones como un modo de manipular el tono hedónico.

Explica no solo el juego para aumentar el arousal, sino como un medio de recatalogar la ansiedad.

La teoría de Jacobs:

Postula que aquellas personas con un estado de arousal anormal (hipertensivos o excitados, o hipotensivos o deprimidos), presumiblemente heredados, corren un mayor riesgo de adquirir la adicción, sobre todo si al llegar a la adolescencia no han aprendido las habilidades de afrontamiento necesarias para hacerles frente, y se caracterizan por la existencia de un estado crónico de baja autoestima y sentimientos de incapacidad. De este modo, cuando descubren la conducta adictiva como modo eficaz de responder a la sensación de estrés crónico, este poder reforzante hará que la conducta se repita.

Esto será mucho más probable en aquellas personas que desarrollan fantasías compensatorias como modo de hacer frente a sentimientos de inferioridad, incapacidad y rechazo por parte de los otros.

Datos a favor de ambas teorías:

- Hay aumento de activación asociado al juego

- Esta es mayor en jugadores patológicos, y mayor en los juegos de mayor adicción (máquinas)
- La activación es reforzante *per se* y por aumentar la liberación de endorfinas durante el juego, aunque no hay diferencias en endorfinas-B en situaciones de no-juego entre jugadores y no jugadores.

También diferencias con no jugadores:

- Déficit de noradrenalina
- Probl. de diferenciación hemisférica \approx a T. déficit de atención con hiperactividad

Queda por saber si estas diferencias son previas al trastorno o una consecuencia de él.

c) *Variables cognitivas*: sesgo atencional, pensamiento mágico y tendencia a fantasear

Parece que las personas caracterizadas por determinados estilos cognitivos, tales como el **pensamiento mágico** (esperar que el dinero conseguido en el juego solucione todos los problemas) y **la tendencia a fantasear** (verse querido y admirado por sus ganancias), tendrían una mayor probabilidad de crear adicción al juego.

d) *Factores de aprendizaje*: la exposición al juego, el modelado, ¡los videojuegos!

- La simple exposición al juego parece ser uno de los factores predisponentes.
- La exposición directa al juego incrementa la toma de riesgo en todo tipo de jugadores, no sólo en los patológicos.
- El modelado por parte de amigos, padres y figuras relevantes juega un papel de aprendizaje de la conducta de juego, pero además las nuevas generaciones tienen un aprendizaje temprano en la experimentación de refuerzos asociado al uso de videos - juegos, consolas etc.

2. Factores familiares:

- Inadecuada disciplina; exposición al juego durante la adolescencia; gran importancia al dinero y lo material; falta hincapié en el ahorro; padres de personalidad inestable, competitivos y enérgicos.
- En las mujeres ludópatas: marido alcohólico o ausente (soledad)
- Los hijos de jugadores o alcohólicos tienen más riesgo.
- La pareja puede actuar como atenuante de la gravedad previniendo el agravamiento y empujándoles a pedir ayuda.

3. Factores socioambientales:

La gran oferta, la gran difusión y la fácil accesibilidad

B. FACTORES MANTENEDORES

1. Refuerzos positivos y negativos

- Los refuerzos positivos son muchos y variados (uno de ellos es la activación fisiológica), además mucho son de naturaleza intermitente y razón variable (mayor arousal y mayor poder de mantenimiento)
 - Las máquinas recreativas son las más adictivas: el tiempo entre jugada y resultado es mínimo
- Como refuerzo negativo: para librarse de sensaciones desagradables, p.ej:
 - “Síndrome de abstinencia”
 - La t^a del “mecanismo de ejecución conductual”

2. Estímulos discriminativos

Sonido, luces, música Ω sensación agradable de jugar (o alivio de desagradables)

3. Sesgos cognitivos/creencias y pensamientos irracionales.

Los factores cognitivos juegan un papel fundamental en la adquisición y en el mantenimiento del juego.

Idea: mientras las personas juegan procesan la información de un modo que da lugar a pensamientos erróneos, que son admitidos como válidos en ese momento.

La mayor parte de los estudios se ha realizado sobre población normal (las diferencias podrían estar en la cantidad o en el grado de relación) . P.ej. **Ladouceur y cols: método pensar en voz alta:**

- Los resultados indican que cuando la persona juega tiene gran nº de pensamientos sobre el juego, y que más del 70% de los mismos implican errores cognitivos. Algunos de estos errores serían:
 - a). Relación causa – efecto: “ha salido tres veces el rojo seguro que sale otra vez”.
 - b). Formular hipótesis sobre el juego: estrategias; “si retengo esta fruta, saldrá el premio”.
 - c). Confirmación de una hipótesis o predicción, o sorpresa cuando esta no se confirma: “sabía que esta vez ganaba”; “qué raro”.
 - d). Personificación de la máquina: “esta máquina me está volviendo loco”.
 - e). Situar el mérito o error en uno mismo, percepción de habilidad personal y/o control, referencia a habilidades personales: “es cuestión de control, al final lo dominaré”.
Pensar que se posee una habilidad para identificar ciertas características de la máquina.
 - f). Referencia a un estado personal: “hoy tengo suerte, debería comprar lotería”.

Estas creencias guardan relación con distintos sesgos cognitivos que están afectando a la percepción. Los más importantes serían: la ilusión de control, atribuciones diferenciales en función del resultado y el sesgo confirmatorio.

- La ilusión de control
Sobreestiman su control, olvidando que son juegos de azar.
 - supuesto control: supersticiones y rituales (pensamiento mágico)
 - ¡juegos que permiten elegir

- Atribuciones diferenciales en función del resultados
 - Cuando ganan es por su propia habilidad y cuando pierden por factores externos: “si no fueran por estos, ganaría”.
 - El premio siempre está “a punto de salir”
 - Cuando se pierde por muy poco, hay más excitación (se anuncia el premio). Provoca una nueva jugada.

- El sesgo confirmatorio
Atención selectiva que mantiene su sistema de creencias: atiende cuando gana (suerte, habilidad, estrategia...) y desatiende o justifica las pérdidas, y así no afecta a su sistema de creencias.
 - ¡¡Recaídas: confirma que “no tengo solución”

Las ideas irracionales anteceden y mantienen el juego, y dificultan su salida.

4. Falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar

Habilidades de autocontrol, de comunicación, de manejo de dinero, de solución de problemas, antiestrés, de uso del tiempo libre... Incluirlas en el tratamiento.

10. MODELOS EXPLICATIVOS

PRIMEROS MODELOS:

1. Modelo moral: falta de voluntad o de moral
2. Modelos psicoanalíticos: los primeros.
 - Expresión de la neurosis (regresión a fases pregenitales).
 - Sustituto de la masturbación
 - Intento de solucionar conflictos con las figuras parentales
 - Deseo inconsciente de perder (autocastigo por los impulsos agresivos hacia el padre)
3. Modelos operantes
 - El juego se incrementa con la disponibilidad y la exposición. Y persiste por las tasas de refuerzo irregular.
 - Dos tipos de reforzadores:
 - la ganancia
 - la excitación asociada a las cogniciones y E. ambientales.

Son modelos demasiado simples.

MODELOS POSTERIORES:

1. Blaszczynski y cols.

Idea: deficiencias en el n. de endorfinas-B predispone a actividades que aumenten el arousal, los niveles de endorfinas y, así, el estado de ánimo.

También: exposición temprana, disponibilidad, estrategias inadecuadas de afrontamiento, determinadas características de personalidad.

El juego reduce la ansiedad y depresión (aumentando endorfinas) en los jugadores de juegos de habilidad. Y permite el escape emocional (refuerzo negativo) en los jugadores de máquinas.

Pero esto es un efecto temporal: a medida que aumentan las pérdidas, aumentan los estados disfóricos --> círculo vicioso + tolerancia.

Cuando trate de detener el juego, el mecanismo de ejecución conductual incrementará el malestar que le hará seguir jugando.

También: distorsiones cognitivas que afectan a la percepción de los resultados, y motivan seguir jugando.

2. Brown: la importancia del arousal

A partir de sus estudios sobre el arousal, desarrolla un modelo general del juego. Para él las principales variables intervinientes serían:

- a). **Relaciones internalizadas con el objeto sobre el que se fantasea:** incluye las relaciones imaginadas y sentidas con las figuras parentales internalizadas y con la proyección de tales figuras (la Diosa Fortuna), y los intentos de manipular o cambiar estas relaciones a través del juego.
- b). **Necesidades psicofisiológicas de arousal:** incluye las preferencias por un determinado nivel de arousal y la utilización del juego como modo de autorregulación.
- c). **Variables cognitivas:** distorsiones perceptivas y de pensamiento. Incluye la ilusión de control, las evaluaciones sesgadas, las expectativas de ganancia y los sueños sobre su vida cuando ganen...
- d). **Factores afectivos:** incluye el poder que tienen las emociones como la ansiedad y la depresión para desencadenar el juego.
- e). **Patrones de refuerzo conductual:** incluye el refuerzo intermitente de razón variable.
- f). **Determinantes sociales e institucionales:** incluye el cada vez más limitado número de estrategias para obtener dinero para jugar y pagar las deudas.
- g). **Relaciones significativas con otros:** incluye las necesidades de poder, afecto, estatus y los intentos de gratificar estas necesidades a través del juego.
- h). **Condiciones socioculturales:** oportunidades para jugar, modelado por parte de padres u otros, presión social para jugar, falta de oportunidades para prosperar, actitudes sobre el juego, valores dominantes en su medio social...

Estas variables se combinarían de distinto modo para cada jugador y en distintos momentos del proceso, aunque parece que en cada etapa predomina unos más que otros:

- En **la fase de inducción**: las variables socioculturales.
- **Adopción de la conducta**: depende de los patrones de refuerzo en las primeras experiencias de juego, de las necesidades de arousal del sujeto y de factores tales como la necesidad de BS y susceptibilidad al aburrimiento.
- En **la fase de promoción**: es donde se convierte en la actividad de placer predominante. Influyen todos los factores con preponderancia de los sociales e institucionales.
- En **la adicción**: todos los componentes aunque predomina el jugar para hacer frente a las deudas (sociales e institucionales).

Sobre la recaída: el sujeto es reforzado en cada paso que da hacia la recaída y castigado al evitarla.

3. McCormick y Ramírez

Cinco factores:

- predisposición biológica
- fracaso en la socialización
- vivencias estresantes en las 1^{as} etapas de la vida
- personalidad
- situaciones de estrés reciente

Idea: malestar ps + bajas hh = conducta adictiva ¿Cuál? Dependerá de la exposición y la accesibilidad