

INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO: VALORACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD EN UN JUGADOR PATOLÓGICO

David González Trijueque¹
Tribunal Superior de Justicia de Madrid
José Luis Graña Gómez
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

La psicología forense constituye una especialización clásica en países anglosajones y que en España está tomando cada día mayor relevancia, siendo habitual que los peritos asesoren a nuestros tribunales y jueces en materias de carácter psicológico. En el presente artículo se aborda de forma conjunta por un psicólogo forense y un psicólogo especialista en psicología clínica un supuesto habitual en la práctica pericial, como es la valoración de la imputabilidad, en este caso de un sujeto que presenta un trastorno del control de los impulsos denominado juego patológico, siendo éste un tipo de alteración psicopatológica con una sintomatología asociada y unos criterios diagnósticos específicos. Asimismo, se realiza una introducción al concepto legal de imputabilidad y se facilita un modelo de informe emitido al respecto, complementando los resultados obtenidos con diverso apoyo bibliográfico.

PALABRAS CLAVE: *imputabilidad, trastorno del control de los impulsos, juego patológico, ludopatía.*

Abstract

The forensic psychology constitutes a classic specialization in Anglo-Saxon countries and that in Spain is taking every major day relevancy, being habitual that the experts advise our courts and judges in matters of psychological character. In the present article a habitual supposition is approached in a joint way by a forensic psychologist and a clinical psychologist, since it is the valuation of the imputability of a subject that presents an impulse control disorder named pathological gambling, in fact, compulsive gambling is a type of psychopathological alteration with an associate symptomatology and diagnostic specific criteria. Likewise, an introduction is realized to the legal concept of imputability and a model of report is facilitated expressed in the matter, complementing the results obtained with diverse bibliographical support.

¹ *Correspondencia:* Dr. David González Trijueque. Psicólogo Forense. Juzgados de Getafe (28905). Madrid. E-mail:

Fecha de recepción del artículo: 7-10-2008.

Fecha de aceptación del artículo: 26-11-008.

KEY WORDS: *imputability, impulse control disorder, pathological gambling, compulsive gambling.*

Introducción: el concepto legal de imputabilidad

Aunque la imputabilidad es un concepto estrictamente jurídico (Carrasco y Maza, 2005), la valoración de la misma constituye una materia a medio camino entre el mundo del derecho y el ámbito científico ya que la repercusión de las anomalías o alteraciones psíquicas en la ejecución de hechos delictivos y en la responsabilidad criminal de su autor se encuentra recogida en el artículo 20.1 de nuestro vigente Código Penal, tratándose de una materia jurídica pero claramente impregnada de un evidente carácter multidisciplinar (Martínez-Garay, 2005).

El concepto de imputabilidad proviene del latín *imputare* que significa atribuir, configurando uno de los constructos más controvertidos que conforman la teoría jurídica del delito, siendo un concepto que puede ser abordado desde diversos posicionamientos dogmáticos, prácticos, médico-psiquiátricos y psicológicos (Carrasco y Maza, 2005; Martínez-Garay, 2005). No obstante, la base de la conducta que interesa a efectos punitivos es la culpabilidad, que posee dos elementos integrantes: un elemento de hecho, de contenido antropológico, la imputabilidad, y otro de derecho de contenido filosófico-jurídico, la responsabilidad (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000).

Aunque el concepto de imputabilidad no se encuentra definido en nuestro Código Penal (Juárez, 2005), podemos admitir que, en general será considerado totalmente imputable todo aquel mayor de edad penal que no presente anomalía, alteración mental, intoxicación o abstinencia a drogas psicotrópicas, alteraciones de la percepción o trastorno mental transitorio (no buscado de propósito para delinquir) en el momento de los hechos que afecte la comprensión de lo ilícito (capacidad cognoscitiva) o la capacidad para adecuar su conducta a dicha comprensión (capacidad volitiva) (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). De hecho, la condición de imputable se presume en todo ser humano y su afectación deberá ser probada como el hecho delictivo mismo, según doctrina reiterada del Tribunal Supremo (Martínez-Garay, 2005; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000).

Por último, señalar que la fórmula española constituye una fórmula mixta, bio/psicopatológica-psicológica (STS 12-3-96), es decir, exige una base patológica (alteración, anomalía, etc.) y un efecto psicológico (alteración de la conciencia o voluntad) (Carrasco y Maza, 2005; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). Esto quiere decir que no es suficiente con que exista y se pruebe la existencia de un trastorno mental, sino que es imprescindible demostrar que tal entidad

nosológica ha afectado significativamente la capacidad del sujeto para comprender la ilicitud del acto realizado o poder haber actuado de una forma diferente (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000).

Objeto de la pericial socilitada

A petición del Juzgado de Instrucción nº XX de Madrid en relación con el procedimiento penal de diligencias previas XXX/2006, se solicita la emisión de informe pericial psicológico en relación a *“valorar el estado psicopatológico del Sr. BMF, con objeto de determinar su estado psicológico en relación al delito continuado de apropiación indebida del que está acusado en el momento actual así como informar si éste cumple los requisitos necesarios como para ser considerado un ludópata”*.

Antecedentes documentados del caso

El 25 de Abril de 2005 el Banco G formula una querrela criminal contra uno de sus empleados, el Sr. BMF, en la que se expone que *“desde el mes de Septiembre del año 2003 el querrellado comenzó a apropiarse de los importes que distintos clientes le ordenaban invertir en activos financieros, letras del tesoro y bonos del estado”*. Dichos activos no llegaban nunca a formalizarse, abonando el Sr. BMF dicho importe a la cuenta bancaria existente a nombre de su padre, cuenta en la que el peritado estaba autorizado. Según el Banco G *“la actuación delictiva del querrellado se centra en la apropiación indebida de 570.245 € aproximadamente derivados de seis clientes que le ordenaron invertir en activos financieros que nunca llegaron a formalizarse”*. Asimismo, la querrela es también dirigida al padre del peritado, ya que el Banco G considera que *“D. MM era perfectamente conocedor de los hechos”*, aunque según refiere el Sr. BMF, su padre no era conocedor de dicha situación, indicando además que éste padece un proceso demencial; de hecho, en la declaración de D. MM ante SSª señala que *“no sabe nada, ni de la querrela ni de los hechos de la misma”*, siendo sobreseído su caso posteriormente.

Posteriormente, en la declaración prestada por el Sr. BMF ante el Juzgado, éste indica que *“la causa de la distracción del dinero a los clientes fue debida al dinero que me he gastado en el casino, tengo un problema con el juego desde hace años”* y que *“deseo resarcir al banco en la medida de lo posible”*. Otro aspecto de interés en relación al caso aparece en el Auto de apertura de juicio oral, dictado por el Juzgado de Instrucción correspondiente, donde se indica que *“la totalidad de esta suma fue empleada por el Sr. BMF en jugar el casino”*.

Por último señalar que D. BMF, según refiere, comienza a recibir tratamiento de tipo psicofarmacológico (ansiolítico y antidepresivo) desde comienzos de Mayo de 2005, ya que se sentía nervioso y deprimido. El explorado manifiesta que en la actualidad continúa acudiendo a los servicios de salud mental correspondientes con cierta periodicidad para ser seguida la evolución de su sintomatología ansioso-depresiva de carácter reactivo a los hechos; y que desde el 1 de Septiembre de 2005 acude al servicio de psiquiatría del hospital C por su problema de adicción al juego.

Metodología

A continuación se expone la metodología técnica utilizada para la elaboración del presente informe:

▪ Entrevistas y observaciones

- Entrevista abierta mantenida con el Sr. BMF y su esposa, la Sra. FF.
- Entrevista abierta con la esposa del peritado.
- Dos entrevistas clínicas semiestructuradas, realizadas al Sr. BMF en dos sesiones distintas.
- Entrevista estructurada de la Historia de Juego (Echeburúa y Báez, 1994), realizada al Sr. BMF.
- Entrevista estructurada DSM-IV de Juego Patológico (Fernández-Alba y Labrador, 2002), realizada al Sr. BMF.
- Contacto telefónico con el Sr. HH, responsable del peritado en el que fuera su lugar de trabajo.

▪ Pruebas administradas

- *SOGS (South Oaks Gambling Screen)*. Cuestionario de Juego de South Oaks (Lesieur y Blume, 1987). Adaptación y validación en población española por Echeburúa y Báez en 1990 (Echeburúa y Báez, 1994). Se trata del cuestionario más citado y con mejores propiedades psicométricas sobre la evaluación del juego patológico, mostrando una alta eficacia diagnóstica al respecto (Echeburúa, 1994; Echeburúa y Báez, 1994; Fernández-Alba y Labrador, 2002; Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1994; Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995; Ochoa y Labrador, 1994). Pese a estos datos hay que señalar que en contextos periciales resulta un instrumento de escasa importancia (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000).

- *Inventario de Pensamientos sobre el Juego*. Instrumento desarrollado por Echeburúa y Báez en 1991 (Fernández-Alba y Labrador, 2002; Ochoa y Labrador, 1994) que permite una valoración cualitativa de los sesgos cognitivos en relación a la conducta de juego, de los sesgos cognitivos en relación a la adicción al juego, del estilo atribucional y locus de control en relación con la adicción al juego, y una descripción de los pensamientos del sujeto evaluado antes, durante y después de jugar.
- *Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego*. Instrumento de evaluación de las variables dependientes del juego desarrollado por Echeburúa y Báez en 1991. Se trata de un cuestionario donde el jugador informa de la frecuencia, intensidad y duración de la conducta de juego y hace una valoración subjetiva de la frecuencia con la que juega, el dinero que gasta y el tiempo que invierte en el juego (Fernández-Alba y Labrador, 2002). Hay que tener en cuenta la dificultad que experimentan los pacientes a la hora de concretar los parámetros de una conducta muy variable, al depender ésta de condiciones externas no siempre controlables, como la disponibilidad de dinero o tiempo (Fernández-Alba y Labrador, 2002). Además se debe indicar que este inventario dispone de una versión para el paciente y otra para los familiares; en este caso tan sólo se considera de interés la versión cumplimentada por el peritado, ya que el protocolo realizado por su mujer carece de información al no haber sido conocedora de la conducta de juego de su marido.
- *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)*. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, segunda versión (Hathaway y McKinley, 1999). Adaptado en población española por TEA Ediciones, S.A. Se trata de uno de los instrumentos más prestigiosos e importantes para la evaluación de la personalidad dentro del ámbito de la psicología forense. Se trata de una prueba dirigida a evaluar los distintos aspectos de la personalidad y su relación con procesos psicopatológicos y de adaptación personal y social del sujeto. Facilita información acerca de diez escalas básicas (hipocondría, depresión, histeria de conversión, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social), así como quince escalas de contenido y más de ocho de validez. Esta versión dispone de baremos actuales basados en una amplia muestra de población española, permitiendo la obtención de un perfil psicopatológico del sujeto.

▪ **Otras fuentes de información**

- Vaciado de autos: análisis de la documentación que consta en el expediente judicial.

Evolución psicobiográfica

El Sr. BMF nace en León el 10 de Febrero de 1951, no informando sobre aspectos de interés respecto a su infancia y adolescencia, periodos que describe como plenamente satisfactorios. Refiere que en la actualidad reside junto con su esposa, con la que lleva casado desde 1984, y su hija de 17 años de edad. Informa que su madre falleció en 1998 por enfermedad oncológica, y que su padre, de 87 años de edad, se encuentra en una residencia geriátrica, habiendo sido diagnosticado de una demencia tipo *Alzheimer* en 2002. Además, el explorado añade tener un hermano menor, describiendo unas cordiales relaciones con todos los miembros de su familia más cercana así como con su familia política (*“aunque el ambiente conmigo se ha deteriorado mucho por todo lo que ha pasado, ellos no sabían nada porque yo he llevado una doble vida”*). Asimismo, informa mantener abundantes relaciones sociales de diversos entornos de procedencia, siendo muchas de ellas amistades de larga duración (*“aunque con muchas de mis amistades la relación se ha enfriado porque no les he dedicado el tiempo necesario”*).

No señala datos de interés en relación a su trayectoria académica, habiendo completado estudios de graduado escolar, manifestando recuerdos desagradables respecto a compañeros y profesorado.

No indica datos de interés respecto a la prestación del servicio militar.

A nivel laboral, el explorado refiere que comenzó a trabajar a los 16 años de edad como botones en una entidad bancaria, añadiendo que al tener su primer sueldo tuvo su primer contacto con el juego (*“empecé a jugar a la lotería de vez en cuando y echaba las quinielas todas la semanas porque un amigo me aficionó y de vez en cuando sacábamos algún premio”*). A los 18 años comienza a trabajar como auxiliar administrativo en una sucursal de otra entidad bancaria (*“me gustaba el ambiente de los bancos [...] en esa época mi familia empezó con el quiosco, allí trabajaban mi padre y mi hermano, yo me encargaba de la contabilidad”*). La trayectoria laboral del Sr. BMF siempre fue brillante según su propio supervisor y responsable de departamento, de hecho consiguió diversos ascensos consecutivos hasta ser nombrado jefe de primera con apenas 30 años (*“en esos años ya me gastaba más dinero en quinielas, bonoloto y lotería [...] gané dos premios importantes”*), informando sobre un incremento tanto en la frecuencia como en el gasto asociado a su conducta de juego (*“como*

*vi que tenía suerte en el juego empecé a ir a bingos y también a jugar de vez en cuando a las tragaperras”). El explorado señala que fue a partir de 2001 cuando comenzó a acudir al casino, lugar en el que centraba su actividad en la ruleta y el *black jack*, momento en el que considera que comenzó a tener un verdadero problema con el juego ya que se autodefine como una persona controlada en su vida cotidiana que sin embargo a partir de entonces se descontrolaba en el momento de sentir la necesidad de jugar (“no había tenido esa sensación hasta que conocí el mundo del casino, aquello me apasionó [...] de vez en cuando ganaba en la ruleta y en las cartas y eso me animaba a seguir”). De hecho, informa sobre un incremento gradual de su gasto económico asociado al juego, gasto que se incremento de sobremanera en el momento en que comenzó a acudir a distintos casinos, visitas que realizaba a escondidas de sus personas de referencia y buscando coartadas para no ser descubierto. El Sr. BMF refiere que para poder ir al casino empleaba sus horas libres de trabajo y también algunos fines de semana (“terminaba a las 15.00 horas pero yo decía en casa que tenía trabajo hasta las 21.00 [...] al principio sólo iba dos veces a la semana, pero cada vez iba más y la relación con mi mujer iba a peor porque se se pensaba que le era infiel [...] cuando iba los fines de semana ponía la excusa de que iba a jugar al mus con mis amigos”).*

En cuanto a los gastos ocasionados por su conducta de juego, el explorado refiere que inicialmente acudía al casino con dinero en efectivo; no obstante, señala que a partir de 2002 entró en contacto con distintos prestamistas, situación que supuso un incremento en su gasto económico, momento a partir del cual refiere comenzar a cometer irregularidades en su puesto de trabajo, comenzando a apropiarse de los importes que los clientes le ordenaban invertir en activos financieros, letras del tesoro y bonos del estado, dinero que era desviado a la cuenta bancaria a nombre de su padre donde se ingresaban las ganancias del quiosco que gestionaban tanto su figura paterna como su hermano menor.

Durante el mes de Marzo de 2005 el Sr. BMF fue informado en su lugar de trabajo que habían sido detectadas diversas irregularidades relacionadas con su desempeño profesional, reconociendo él mismo lo sucedido y firmando su baja voluntaria en Abril de ese mismo año, momento a partir del cual comienza recibir tratamiento especializado en los servicios de salud mental correspondientes por su sintomatología ansioso-depresiva (“me sentía muy mal por todo lo que me pasaba, además tenía miedo porque aparte del dinero del banco debía más de 200.000 € a cinco prestamistas que me habían amenazado [...] por una parte me sentí aliviado de que todo se descubriera”).

No informa sobre antecedentes psicopatológicos personales y/o familiares de relevancia ni sobre tratamientos psicofarmacológicos o psicoterapéuticos al respecto al margen de su problema con el juego y la

demencia de su padre; asimismo no informa sobre hábitos tóxicos significativos ni en la actualidad ni durante su vida.

Por último, destacar que el explorado considera no haber sufrido ningún tipo de acontecimiento traumático a lo largo de su evolución psicobiográfica.

Exploración psicopatológica

El Sr. BMF acude a la exploración mostrando actitud abordable y colaboradora, estableciendo una relación adecuada con los evaluadores desde el inicio. Se expresa con adecuado lenguaje, presentándose como un sujeto avergonzado y preocupado por su situación económica, familiar y jurídica actual, realizando un discurso espontáneo, coherente y detallado, con tono emocional estable, aunque mostrando resonancia emocional a la hora de abordar las consecuencias acarreadas por su conducta de juego. El explorado refiere que desde que fue descubierto en su lugar de trabajo e iniciase tratamiento especializado ha dejado de jugar, habiendo transcurrido diez meses desde entonces, situación que justifica principalmente por sus problemas económicos más que por la eficacia de la terapia recibida (*“si no me hubieran descubierto y tuviera dinero seguiría jugando”*).

Por otra parte, el peritado se encuentra correctamente orientado en tiempo, espacio y persona, presentando un estado mental dentro de la normalidad, mostrando curso del pensamiento intacto y contenido inalterado, sin referir alteraciones sensorio-perceptivas ni sensorio-motoras durante la valoración realizada, no evidenciándose clínica psicótica en ningún caso. Comprende el motivo y alcance de la evaluación a la que es sometido, apreciándose un nivel sociocultural medio y adecuada capacidad intelectual según impresión clínica. No se detectan alteraciones amnésicas, mostrando además un adecuado nivel de conciencia en todo momento. No se objetivan signos o síntomas de dependencia ni de síndrome de abstinencia asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

No refiere ideación autolítica al momento de la exploración ni durante su vida. Impresiona por mostrar un cuadro de personalidad sin indicadores clínicos de interés, evidenciándose una personalidad aparentemente normoadaptada en lo personal, afectivo, laboral y relacional hasta que se produjese la eclosión de su problemática con el juego, de hecho desde entonces y según documentación examinada, situación también manifiesta al momento de la exploración, presenta abundantes signos y síntomas de tipo ansioso-depresivo de carácter reactivo a los estresores psicosociales vigentes por los que recibe tratamiento psicofarmacológico.

Resultados

▪ SOGS

El Sr. BMF obtiene una puntuación de 8 puntos, superando el punto de corte establecido en 5 puntos, lo que señala la probabilidad de estar ante un jugador patológico.

▪ Inventario de pensamientos sobre el juego

Realizando una valoración cualitativa del protocolo cumplimentado por el Sr. BMF se manifiestan diversas alteraciones: 1) en el momento de jugar (p. ej., se fija en los resultados del juego para sacar conclusiones de cómo apostar, cuándo y cuánto; piensa que si juega el tiempo suficiente podrá llegar a recuperar las pérdidas; no piensa en las consecuencias negativas del juego; a veces presiente que va a ganar y considera que el ganar es más una cuestión de suerte que de probabilidad), y 2) en relación a su conducta de juego (p. ej., se considera un jugador patológico; cree que algo le sucede y por ello se descontrola; se siente culpable y manifiesta que aunque se recupere de su problema con el juego no podrá hacer frente a todos sus problemas actuales).

▪ Cuestionario de evaluación de variables dependientes del juego

Valorando cualitativamente el cuestionario realizado por el Sr. BMF destaca el hecho de reconocer una elevada frecuencia de juego (cuatro o cinco visitas semanales al casino para jugar a la ruleta y/o al *Black Jack*, y alguna vez a la semana en relación al bingo o a las propias máquinas tragaperras del casino), así como un considerable tiempo dedicado al juego semanalmente (unas 30 horas en el casino dedicadas al juego de la ruleta y/o al *Black Jack*, unas 3 horas dedicadas a las máquinas tragaperras del propio casino, y más de 5 horas en el bingo). No es capaz de determinar el dinero que gastaba semanalmente, aunque sí considera que la cantidad era muy elevada.

▪ MMPI-2

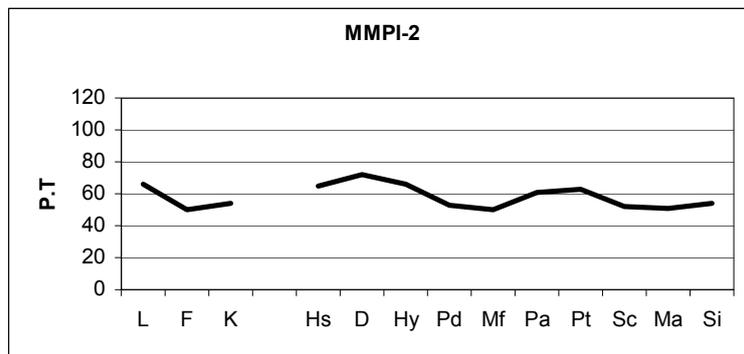
En relación con las escalas de validez (Tabla 1) que el instrumento ofrece, el Sr. BMF se ha mostrado sincero y coherente, no habiendo ninguna escala que resulte invalidada; si bien es cierto que se detecta una cierta actitud de defensividad, consistente en una tendencia a la negación de síntomas y a ofrecer una buena imagen de sí mismo, situación coincidente con la impresión clínica de los peritos firmantes del presente.

Tabla 1. Escalas de validez obtenidas por el Sr. BMF en el MMPI-2

Escalas de validez	P.T	Interpretación
Interrogante (?) (Nº de respuestas sin contestar o contestadas como verdadero y falso a la vez)	PD: 1	Válido
Mentira (L) (Tendencia a ofrecer una imagen favorable)	66	Probablemente válido
Incoherencia (F) (Exageración de síntomas)	50	Registro aceptable
Corrección (K) (Corrección, negación de síntomas)	54	Perfil válido
Fb (F Posterior) (Respuestas infrecuentes o contestadas al azar)	63	Puntuación dentro de la media
VRIN (Respuestas de inconsistencia variable)	PD: 8	Perfil válido
TRIN (Inconsistencia de las respuestas Verdadero)	PD: 9	Perfil válido
Índice de Gough (F-K) (Tendencia a la simulación con puntuaciones >15 o <15)	-10	Tendencia a la disimulación (negación de síntomas)

La interpretación general del perfil indica la no presencia de psicopatología en la estructura de personalidad del Sr. BMF. El explorado muestra moderada sintomatología de tipo somático y depresivo, además de una preocupación significativa sobre su estado de salud (Hs; D; Hy; D1; D3). Además presenta un significativo estado de alerta y desconfianza (Pa) así como indicadores de ansiedad (Pt), situación esperable en el contexto en el que se realiza la exploración.

A continuación se facilita el perfil psicopatológico obtenido por el peritado en la prueba respecto a las principales escalas de validez y las escalas básicas de la misma (Figura 1).

Figura 1. Perfil de las principales escalas obtenido en el MMPI-2

Análisis funcional de la conducta problema (juego patológico)

El análisis funcional es una técnica que permite describir de una forma sistematizada las conductas problemáticas con carácter psicopatológico, así como sus desencadenantes y consecuencias (Graña, Peña y Tejero, 2002).

▪ **Antecedentes**

Las conductas de juego patológico se caracterizan por su regularidad y por una intensidad subordinada a numerosas variables (Echeburúa, 1992; Fernández-Alba y Labrador, 2002). En el caso del Sr. BMF se puede decir que en términos situacionales y contextuales su conducta de juego estaba claramente diferenciada en función de si era un día de diario o era un día del fin de semana. En los días de diario su coartada para no ser descubierto era el trabajo; es por ello por lo que refiere que su conducta de juego estaba supeditada a su actividad profesional. Refiere que los días en los que no tenía trabajo para la tarde solía acudir al casino donde refiere permanecer desde las 17 horas hasta las 21 horas aproximadamente regresando posteriormente a su domicilio e indicando a su mujer que había tenido trabajo hasta tarde. Si realmente tenía trabajo que realizar por la tarde no acudía en un principio al casino, aunque a medida que pasaba el tiempo refiere ser más difícil para él controlar esta situación, por lo que durante el último año señala que incluso aunque tuviera trabajo por la tarde lo procuraba terminar para luego acudir a jugar aunque solo fuera por un par de horas, es por ello por lo que llegaba a su domicilio más tarde de lo habitual.

Durante los fines de semana el Sr. BMF refiere seguir una estrategia distinta para no ser descubierto. Señala ser un gran aficionado al mus y que acude a numerosos campeonatos tanto los sábados como los domingos por la tarde. Siendo su mujer conocedora de dicha afición el Sr. BMF refiere que los días que había algún campeonato de mus realmente acudía, pero que cuando no había dichos campeonatos usaba dicha afición como una excusa para realmente acudir al casino, donde refiere estar alguna hora menos que cuando lo visita a diario.

▪ **Conductas**

A nivel motor el Sr. BMF refiere terminar su trabajo en el banco antes de acudir a jugar al casino. Una vez en el casino refiere no ponerse a jugar desde el inicio, prefiriendo observar a otros jugadores y consumir alguna copa (*“normalmente me tomo dos copas de ron con cola antes de empezar a jugar”*). Una vez que había consumido y veía alguna combinación en el juego de la ruleta que le gustase comenzaba a jugar. Tras estar unas horas jugando cambiaba el

dinero que hubiese logrado (en el caso de ganar) y regresaba a su domicilio. Cabe destacar que en los jugadores por norma general la conducta de riesgo monetario se incrementa en función de la exposición al juego, aumentando el riesgo asumido en las apuestas a lo largo de la sesión (Fernández-Alba y Labrador, 2002).

A nivel cognitivo el peritado refiere pensamientos positivos en los momentos previos a jugar (p. ej., pensar en que tendrá suerte, planificación de estrategias ganadoras, pensar en recuperar pérdidas anteriores, evasión del trabajo, etc.). En el juego de la ruleta refiere prestar atención a los números anteriores, reconociendo que este tipo de estrategias fueron usadas cada vez con mayor asiduidad. Sin embargo, en el *Black Jack* o las máquinas tragaperras no indica ningún tipo de estrategia, tan sólo que acudía a las máquinas que tuvieran un mayor fondo. Estas referencias son propias de jugadores patológicos, donde las verbalizaciones de los jugadores engloban tres grandes contenidos (distorsiones cognitivas referidas al azar; frases que simplemente describen aspectos del juego; comentarios que expresan o manifiestan diferentes sentimientos o impresiones acerca de los resultados del juego), de hecho, cuando los jugadores hacen referencia a alguna estrategia en relación al juego son incorrectas ya que no hacen referencia a probabilidades objetivas, sino más bien a unos intentos infructuosos de influir en los resultados, destacando entre ellas la ilusión de control y las predicciones sobre los resultados (Fernández-Alba y Labrador, 2002). Una vez de vuelta a su domicilio los pensamientos del peritado eran muy distintos en función del resultado obtenido; si había ganado refiere que *“pensaba en que podía recuperar parte del dinero que debía”*, y si había perdido que *“me limitaba a deprimirme y pensar que no había solución”*.

A nivel fisiológico hay que decir que tradicionalmente se le ha dado un carácter excitante al juego, siendo la frecuencia cardiaca el aspecto más estudiado (Fernández-Alba y Labrador, 2002). El peritado no refiere síntomas fisiológicos especialmente relevantes en cuanto al juego (*“solamente siento un cosquilleo por la impaciencia que tengo de jugar”*), si bien es cierto que después de jugar refiere sentirse intranquilo y nervioso en relación a tener que regresar a su domicilio (*“cuando estoy llegando a casa me noto nervioso y me molesta el estómago”*).

En cuanto al nivel afectivo señalar que el Sr. BMF presentaba sentimientos de malestar y culpabilidad por las pérdidas que estaba acumulando y por la situación en la que estaba involucrando a su familia.

▪ Consecuencias

La prolongación de una situación de este tipo provoca numerosas consecuencias que afectan a distintos niveles. A nivel individual la pérdida de

dinero y los consecuentes problemas financieros; a nivel familiar engaños para ocultar el problema con el consiguiente deterioro; a nivel social disminución de tiempo para otras actividades; y a nivel laboral el desprestigio profesional y la pérdida de empleo.

Integración de datos e impresión diagnóstica

Si bien es cierto que el peritado muestra sintomatología ansioso-depresiva de tipo reactivo a los hechos acontecidos en los últimos meses compatible con la presencia de un trastorno adaptativo, no es el objetivo del presente informe la evaluación de dicha alteración, sino determinar el estado de salud mental del Sr. BMF en relación a los hechos por los cuales está acusado en el momento actual.

De los datos que se desprenden tanto de las escalas psicométricas de validez como de la impresión clínica, se observa que el Sr. BMF se ha mostrado sincero durante el proceso de evaluación, aunque procurando presentar una buena imagen social, mostrando una actitud colaboradora en todo momento. Asimismo, los resultados obtenidos han sido consistentes en los instrumentos utilizados, no habiéndose detectado la presentación voluntaria de síntomas psicopatológicos en el momento actual. Del mismo modo, la sintomatología no ha sido magnificada durante la exploración, al contrario, ha sido descrita de forma ambigua pudiéndose deber a una escasa introspección por parte del peritado, por lo que se descarta la sobresimulación de síntomas. Respecto a este dato, el explorado obtiene una puntuación relevante en el índice de Gough del MMPI-2, lo que señala una tendencia a la disimulación (es decir, ofrecer una imagen más positiva y deseable socialmente, de la que realmente se tiene), esto puede interpretarse como un esfuerzo por mantener una imagen adecuada, negándose a sí mismo cualquier manifestación psicopatológica, hecho que constituye un signo de afrontamiento correcto en pacientes que han sufrido una pérdida de autoestima o alteración del estado de ánimo, ya que implica un esfuerzo por normalizar la situación.

La impresión diagnóstica presentada a continuación está realizada en base a criterios DSM-IV-TR (APA, 2002), donde es propuesto un diagnóstico multiaxial:

EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS:

F63.0 Juego patológico [312.31]

F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

EJE II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD:

Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

EJE III: ENFERMEDADES MÉDICAS: -

EJE IV: PROBLEMAS PSICOSOCIALES:

Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas laborales y económicos

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

EJE V: EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG):

Alteración grave de la actividad social (41-50). Sujeto con grave alteración de la actividad social y laboral.

Formulación clínica y modelo psicopatológico (anexo I)

El modelo explicativo de la conducta de juego patológico podría formularse de la siguiente manera:

En la adquisición de la conducta juego, se plantea, en un primer momento, que la disponibilidad del juego es a priori un prerrequisito para que tenga lugar esta conducta, dependiendo la oportunidad de jugar de la cultura en la que viva el individuo, pues ésta afecta de tres modos: 1) la difusión con la que, históricamente, diferentes juegos están disponibles en esa cultura; 2) las actitudes y costumbres culturales, que fomentan o disuaden la implicación en esas formas de juego disponibles; y 3) las leyes y regulaciones culturales, que determinan los tipos de juego cuya práctica está penalizada. A su vez, las actividades hacia el juego de los grupos de referencia y los modelos a los que se ve expuesto una persona van a desempeñar un papel importante en la disposición a jugar, actuando como incentivos o inhibidores del juego; aunque en el caso del Sr. BMF no existen referencias acerca de problemas de juego en familiares no se puede descartar la presencia de otros jugadores que hayan podido influir a lo largo de la evolución psicobiográfica del peritado (p. ej., “*tengo conocidos y compañeros de trabajo que han jugado conmigo, es algo social*”).

Una vez que se han comenzado a emitir las conductas de juego, éstas se mantendrán o no en función de las consecuencias percibidas. En el mantenimiento de la conducta de juego intervendría principalmente el condicionamiento operante, que a través de un programa de reforzamiento de razón variable resulta el más resistente a la extinción. Se propone además que sea la conducta motora de juego la que, en un principio mantiene y fomenta las distorsiones cognitivas referidas al azar, pues tales pensamientos estarán asociados a determinados estímulos que favorecen su aparición. En este sentido parece razonable suponer que la emisión de la conducta de juego (y los resultados obtenidos) es la situación primordial que va moldeando en número y contenido los pensamientos irracionales, aunque una vez instaurados, se

producirá un *feedback* continuo. La función de las distorsiones cognitivas se limitaría a reducir la incertidumbre de una tarea probabilística como la del juego, infravalorando la influencia del azar y haciendo creer al jugador que dispone de un conocimiento específico de la situación con el que superar la casualidad, favoreciendo que el jugador siga inmerso en esta actividad a pesar de las constantes pérdidas, ya que los resultados se interpretan y evalúan de forma sesgada. Las consecuencias negativas de un juego continuado, cuyo listado comenzaría con problemas económicos y continuaría con dificultades laborales, familiares, sociales, etc. van a provocar en el jugador un estado de distrés que funciona como un estímulo discriminativo aversivo ante el cual el jugador emitirá la conducta de juego como forma de escapar del mismo, manteniéndose la conducta, en este caso, por reforzamiento negativo.

En definitiva, el jugador entra en un círculo vicioso donde la conducta que le causa problemas es la única vía, o al menos, la más válida a corto plazo, para conseguir el dinero con el que atajar las dificultades y/o evadirse de los problemas; pero en la medida en que se emita esta conducta con una mayor frecuencia, intensidad y duración mayores serán, dada la probabilidad objetiva de ganar, los problemas que le acarrea la misma y mayor la necesidad de conseguir dinero con el que recuperar las pérdidas, y como la probabilidad de un suceso futuro aumenta cuanto mayor es el periodo anterior del suceso contrario...el jugador volverá a probar fortuna.

Discusión forense

El Sr. BMF presenta un trastorno de F63.0 juego patológico [312.31], según los criterios de la APA (2002). Tanto el tipo de acontecimientos referidos por el explorado, como el curso y evolución de sus conductas de juego, son consistentes con una situación de juego compulsivo.

El juego patológico se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente, que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional del afectado (APA, 2002; Cabrera y Fuertes, 1997; García-Pablos, 2001; Ochoa y Labrador, 1994; OMS, 2000; Wise y Tierney, 1996), de hecho, el jugador patológico presenta una dependencia emocional hacia el juego, viéndose obligado por una urgencia psicológica incontrolable a jugar (Labrador y Becoña, 1994; Ochoa y Labrador, 1994), habiendo sido la ludopatía por Custer y Milt (1985; cit. Labrador y Fernández-Alba, 1998) como “una enfermedad adictiva en donde el sujeto es empujado por un abrumador e intolerable impulso a jugar”. A esta necesidad psicológica de jugar habrá que añadir posteriormente una necesidad económica y social (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000).

Criterios para el diagnóstico de F63.0 juego patológico [312.31] (APA, 2002)

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
- (2) necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
- (3) fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
- (4) inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
- (5) el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
- (6) después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas)
- (7) se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
- (8) se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
- (9) se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
- (10) se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

Nota: en negrita se resaltan los ítems presentes en el Sr. BMF

La ludopatía o juego patológico es un tipo de adicción muy especial, en parte por ser una adicción sin que exista una sustancia cuyas características químicas la provoquen, y en parte por ser un problema relativamente nuevo (Llinares y Lloret, 1999). Muchos clínicos y teóricos consideran al juego patológico como una adicción en estado puro, de hecho presenta más analogías que diferencias con respecto a las drogodependencias (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994; García-Andrade, 1993; Ochoa y Labrador, 1994; Wise y Tierney, 1996).

Se trata además de un trastorno persistente y progresivo (Kaplan y Sadock, 1999; Ochoa y Labrador, 1994). Según la APA (2002) el juego patológico empieza pronto en los adolescentes varones y más tardíamente en las mujeres. Aunque algunos individuos quedan “atrapados” desde su primera apuesta, para la mayoría el curso es más insidioso. Puede haber una continuidad de años de juego social seguidos de un comienzo brusco de juego patológico que puede ser precipitado por una mayor exposición al juego o por un estresor;

situación presente en el Sr. BMF, cuya historia de juego social se convierte en un problema de juego compulsivo a partir de acudir al casino, periodo que coincide con que el que el padre del explorado es diagnosticado de una demencia senil. El patrón de juego puede ser regular o episódico, aunque el curso del trastorno es crónico. En general, hay una progresión en la frecuencia de juego, la cantidad apostada y la preocupación por el juego y la obtención de dinero con el cual jugar, tal y cómo sucede en el peritado. La urgencia de apostar o de jugar aumenta generalmente durante los periodos de estrés o depresión. Aunque el juego suele iniciarse en la adolescencia, puede iniciarse a cualquier edad, transcurriendo un intervalo de tiempo variable, normalmente de unos 5 años, desde el momento en que la persona se inicia en el juego hasta que se produce la pérdida de control (González-Ibáñez, 2001). El individuo descubre el juego (variables culturales), y se siente fascinado y excitado por aquel, produciéndose un aprendizaje bio-psico-social (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). El progresivo deslizamiento hacia la dependencia desde el uso y abuso, que consistiría en este caso en pasar de ser un jugador patológico a partir del juego como conducta social y aceptada, seguirá un curso cuyo ritmo estará en función de múltiples variables (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994). De hecho, la etiología del juego patológico es presumiblemente multidimensional, resultando de una interacción compleja de factores sociodemográficos, culturales, biológicos, psicodinámicos, de personalidad, etc. (Echeburúa, 1992; Fernández-Alba y Labrador, 2002; González-Ibáñez, 2001; Kaplan y Sadock, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 1998; Wise y Tierney, 1996).

El curso habitual del jugador patológico se inicia con la llamada fase de ganancia, la cual le puede hacer pensar al jugador que dispone de habilidades especiales para el juego, aumentando las apuestas, e invirtiendo más tiempo y dinero; de este modo se favorecen las pérdidas, aunque se mantiene el juego como estrategia para recuperar las pérdidas (Cubero, 2005; Mañoso, Labrador y Fernández-Alba, 2004; Fernández-Alba y Labrador, 2002). En este proceso no sólo cambia la manera en que el jugador juega, la frecuencia en que lo hace o el significado que para el tiene, sino que cambian también otros aspectos de su vida, arrastrados por el poder implicador del juego (González-Ibáñez, 2001). El individuo se preocupa progresivamente por el juego; dedica más tiempo a jugar y necesita realizar apuestas cada vez más altas para experimentar emoción; llegando a experimentar síntomas de abstinencia si deja de jugar bruscamente (Wise y Tierney, 1996). El jugador compulsivo seguirá jugando a pesar de las pérdidas (Ochoa y Labrador, 1994; Wise y Tierney, 1996), situación evidente en el Sr. BMF; de hecho, el juego patológico es egosintónico por el hecho de ser consonante con el deseo consciente e inmediato del juego (García-Andrade, 1993).

No existe un apoyo claro desde el punto de vista empírico a la existencia de un perfil psicopatológico definido del jugador patológico (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000), aunque si es habitual que existan en el

jugador diversas formas de juego (Vázquez-Roel, 2000), que el jugador haya mentido a miembros de su familia para ocultar su adicción (APA, 2002; Wise y Tierney, 1996), así como la presencia de autorreproches y culpabilidad por la adicción e incluso arrepentimiento (APA, 2002; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; García-Andrade, 1993), aspectos presentes en el caso evaluado.

La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos, entre los que se encuentra el juego patológico, es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás (APA, 2002; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). Es por ello que los trastornos del control de impulsos están muy vinculados a la comisión de actos ilegales (Cabrera y Fuertes, 1997). La gravedad del trastorno puede llevar a cometer actos ilegales para conseguir dinero con el que financiar la adicción y solventar sus deudas (APA, 2002; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). En un principio el jugador compulsivo podrá delinquir para solventar sus deudas u obtener dinero para reiterar sus inversiones en pos de una recuperación de anteriores pérdidas, haciéndolo de entrada sin ánimo ni conciencia delictiva, al no tener intención de sustraer, sino más bien de tomar prestado, ya sea en la familia o ya sea en el trabajo (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994). Cada vez tiene menos recursos y mayores deudas y compromisos, por ello el jugador pierde la capacidad de gobernar su conducta de acuerdo con la moral establecida, e incluso según sus propios principios. (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994). Puede afirmarse que el juego patológico o compulsivo puede tener la suficiente intensidad como para dirigir la conducta de la persona que lo padece, tanto en lo que se refiere al acto de jugar, como a las conductas delictivas encaminadas a la obtención de medios económicos para financiarlo se generan (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000; Delgado y Rodríguez-Martos, 1994). El retrato del jugador compulsivo ha sido descrito por Lesieur siguiendo el símil del “cazador cazado”; en un principio el jugador compulsivo delinque para solventar sus deudas y financiar el juego, para ello explota a su familia, amistades o empresa. Atrapado en su juego, realiza comportamientos que sorprenden al propio ludópata y le ocasionan un profundo abatimiento del que éste no sabe salir más que...jugando (Echeburúa, Amor y Yuste, 2000; García-Pablos, 2001).

Tradicionalmente, las actividades ilegales asociadas a los juegos de azar han sido aquellas circunscritas a la propia actividad (apuestas ilegales, hacer trampas, etc.) o a la consecución del dinero (Fernández-Alba y Labrador, 2001), tal y como ocurre en el Sr. BMF. Las actividades ilegales cometidas por jugadores patológicos incluyen tanto delitos de guante blanco como delitos comunes (Fernández-Alba y Labrador, 2001), aunque por norma general los delitos relacionados con el juego no suelen ser violentos (Cabrera y Fuertes, 1997). Casi la mitad de los jugadores presentan como principal repercusión

negativa el absentismo laboral, seguidos por los problemas de concentración y disminución de rendimiento afectan a más de 1/3, siendo la 3ª repercusión laboral la existencia de hurtos y estafas en el trabajo (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000), tal y como ha ocurrido con el peritado. De hecho, el jugador patológico puede explotar a su empresa, no solo en dedicar menos tiempo (retrasos, absentismos, etc.), sino también realizando apropiaciones indebidas o realizando operaciones financieras fraudulentas (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994; Esbec y Gómez-Jarabo, 2000). El descontrol del dinero en el ludópata esta relacionado con las conductas de prodigalidad, que se caracterizan por un gasto excesivo y desproporcionado (elemento cuantitativo), un gasto inútil e injustificado (elemento cualitativo) y un gasto habitual (elemento cronológico) (Echeburúa et al., 2000), aspectos todos ellos presentes en el caso analizado.

Por último, señalar que la imputabilidad del ludópata ha sido objeto de controversia (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994), aunque sobre lo que no hay dudas es al respecto de que el jugador patológico no tiene afectada su capacidad cognitiva o intelectual, conociendo en todo momento su forma de actuar y diferenciando lo correcto de lo incorrecto. Es la capacidad volitiva la que se ve afectada en los jugadores patológicos, ya que éstos pueden presentar una severa perturbación de su control volitivo (Cano, 2006; Vázquez, 2005).

Conclusiones

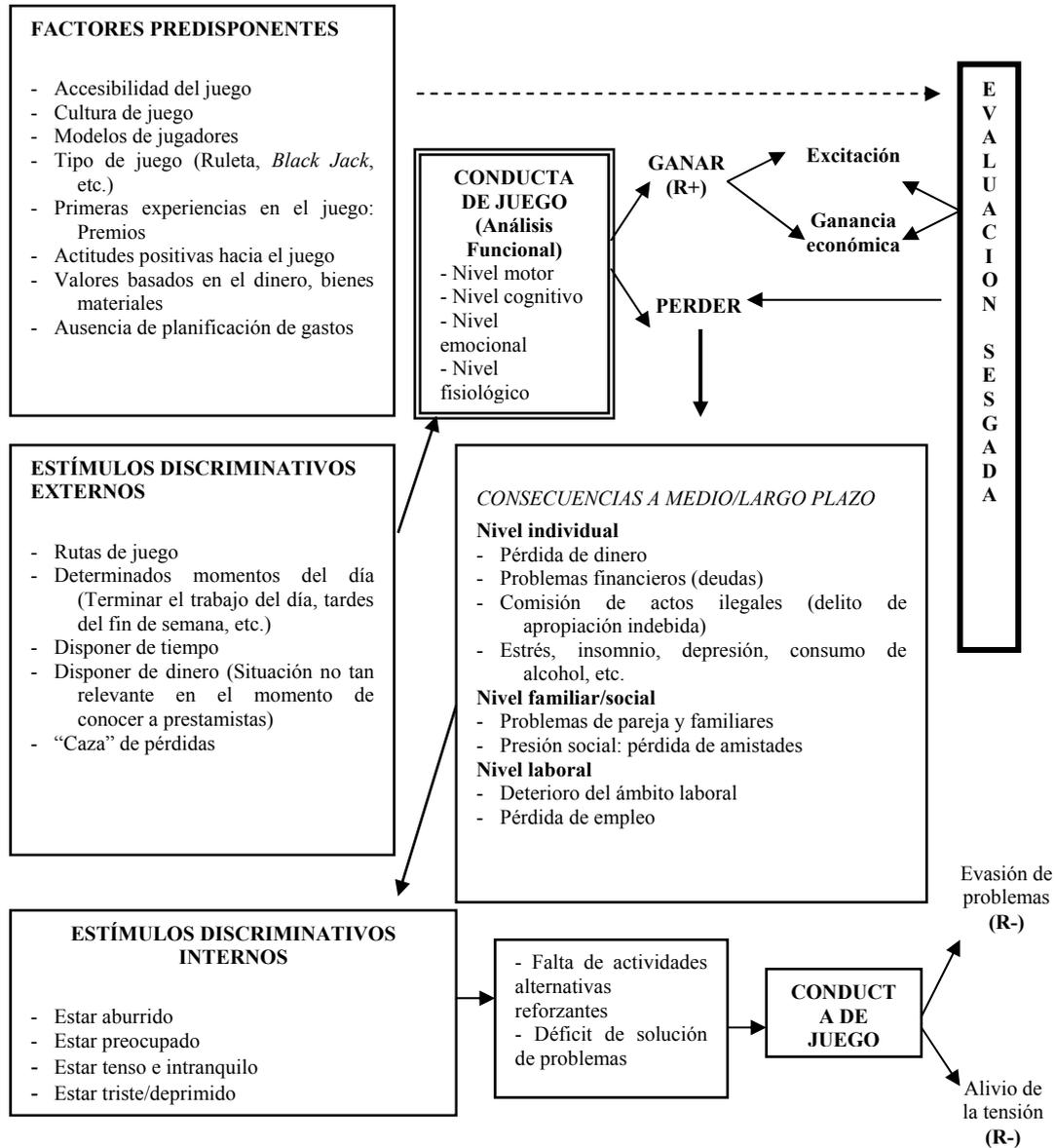
Los peritos psicólogos firmantes del presente informe han redactado su contenido con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender, y a los principios de la Psicología. Con todos los respetos a SSª y al Tribunal que corresponda, son emitidas las siguientes conclusiones:

ÚNICA: El explorado presenta un trastorno del control de los impulsos denominado juego patológico, cumpliendo los criterios diagnósticos correspondientes. Dicha alteración psicopatológica no supone un menoscabo en la capacidad cognitiva del sujeto en relación a los hechos denunciados, no obstante, sí se debe señalar que su capacidad para adecuar su comportamiento a dicho conocimiento (capacidad volitiva) sí se encuentra significativamente menoscabada atendiendo a las características clínicas descritas del peritado y su grado de adicción al juego. De hecho, la alteración psicopatológica descrita en el Sr. BMF es susceptible de generar comportamientos ilegales dirigidos a la financiación de su adicción y a solventar las deudas contraídas.

Es cuanto cumple informar,

En Madrid, a (día) de (mes) de (año)

Anexo 1. Modelo Psicopatológico



Referencias

- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Cabrera, J. y Fuertes, J. C. (1997). *Psiquiatría y Derecho: Dos ciencias obligadas a entenderse*. Madrid: Cauce Editorial.
- Cano, M. C. (2006). Trastornos psicopatológicos relacionados con la imputabilidad. En J. C. Sierra, E. M. Jiménez y G. Buéla-Casal (Dir.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Carrasco, J. J. y Maza, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: La Ley.
- Cubero, C. (2005). El juego patológico y la prodigalidad. En M. A. Soria (Dir.), *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. Madrid: Pirámide.
- Delgado, S. y Rodríguez-Martos, A. (1994). Los trastornos en el control de impulsos en psiquiatría forense. Especial referencia al juego patológico. En S. Delgado (Dir.), *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4(1), 7-20.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Yuste, J. (2000). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas. *Revista de Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1(0), 59-77.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000). El juego patológico en España: Aportaciones de un equipo de investigación en la última década. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52(4), 641-659.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2001). Comisión de actos delictivos en una muestra de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio: Datos empíricos. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1(1), 5-25.
- Fernández-Alba, A. y Labrador, F. J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11(1), 5-14.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E., y Báez, C. (1994). Cuestionario de juego South Oaks: Validación española. *Análisis y modificación de conducta*, 20(74), 769-791.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1995). El cuestionario breve de juego patológico. *Análisis y modificación de conducta*, 21(76), 211-223.
- García-Andrade, J. A. (1993). *Psiquiatría Criminal y Forense*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- García-Pablos, A. (2001). *Criminología: Una introducción a sus fundamentos teóricos*. Valencia: Tirant lo Blanch.

- González Ibáñez, A. (2001). Juego patológico. En J. Vallejo-Ruiloba (Dir.), *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Graña, J. L., Peña, M. E. y Tejero, R. (2002). Informe pericial: Un caso de estrés laboral. *Psicopatología clínica legal y forense*, 2(1), 117-139.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1999). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Juárez, J. R. (2005). Evaluación psicológica forense de la imputabilidad. En M. A. Soria (Dir.), *Manual de psicología jurídica e investigación criminal*. Madrid: Pirámide.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Labrador, F. J. y Becoña, E. (1994). Juego patológico: Aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- Labrador, F. J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego patológico. En M. A. Vallejo Pareja, *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.
- Llinares, M. C. y Lloret, M. (1999). El juego patológico: Una adicción sin tóxico, una adicción psicológica. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 41, 25-38.
- Mañoso, V., Labrador, F. J., Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema*, 16(4), 576-581.
- Martínez-Garay, L. (2005). *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ochoa, E. y Labrador, F. J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Vázquez, B. (2005). *Manual de psicología forense*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez-Roel, J. M. (2000). Formas de ludopatía. *Psicopatología*, 20(1), 27-39.
- Wise, M. G. y Tierney, J. G. (1996). Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott, *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.