



TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

La ludopatía es una forma de adicción sin droga (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Las adicciones no se limitan exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas, como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. Lo cierto es que de conductas normales -incluso saludables-, como jugar, comer o utilizar el ordenador, se pueden hacer usos anormales en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia negativa en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echeburúa y Corral, 1994).

En España, la tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (Becoña, 1993; Irurita, 1996; Tejeiro, 1996). El trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente. A diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico se distribuye por todas las clases sociales y por todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años y cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas de juego.

Los ludópatas, al menos en España, muestran una dependencia fundamentalmente a las máquinas tragaperras, ya sea sólo a éstas o en combinación con otros juegos. La dependencia en exclusiva a otros juegos de azar es mucho menor (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994). Este hecho no es fruto de la casualidad,

sino que obedece a una serie de aspectos psicológicos implicados en el funcionamiento de este tipo de máquinas: su amplia difusión; el importe bajo de las apuestas con posibilidad de ganancias proporcionalmente cuantiosas; la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado; la manipulación personal de la máquina (que genera una cierta ilusión de control); y las luces intermitentes de colores, que, junto con la música y el tintineo estrepitoso de las monedas, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica.

En definitiva, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia negativa en el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1994).

TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Los tratamientos más utilizados hasta la fecha han sido la desensibilización imaginada -variante de la desensibilización sistemática en la que las escenas no se presentan en un orden jerárquico- (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983, 1988), la reestructuración cognitiva -encaminada a modificar los sesgos cognitivos presentes en los ludópatas- (Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1994) y la exposición en vivo y el control de estímulos (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994) (tabla 1). Asimismo, más recientemente, se han comenzado a aplicar programas específicos de intervención psicofarmacológica (Grant y Kim, 2002). TABLA 1: TRATAMIENTOS PRINCIPALES DEL JUEGO PATOLÓGICO

TRATAMIENTOS	TÉCNICAS UTILIZADAS
Tratamientos conductuales	<ul style="list-style-type: none"> * Desensibilización imaginada * Relajación * Control de estímulos * Exposición en vivo con prevención de respuesta
Tratamientos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> * Reestructuración cognitiva
Tratamientos farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> * Clomipramina * Naltrexona * Fluvoxamina * Litio * Nefazadona

OBJETIVO TERAPÉUTICO

Por lo que se refiere al objetivo terapéutico, la mayor parte de los estudios tienen como meta la abstinencia total del juego. No obstante, como ha ocurrido también en el caso del alcoholismo, se ha planteado la posibilidad de crear programas terapéuticos con el objetivo de lograr, si no la abstinencia total, al menos un mayor control: el juego controlado (Rosecrance, 1988).

Este tipo de programas resultan sugerentes, al menos para cierto tipo de jugadores, pero todavía no se han puesto a prueba de una forma controlada y se carece, por tanto, de un respaldo empírico a los mismos. Por ello, en la actualidad parece aconsejable considerar la abstinencia total del juego como principal objetivo terapéutico (Blaszczynski, 1995).

TÉCNICAS CONDUCTUALES

Las técnicas mejor estudiadas hasta la fecha son la exposición en vivo con prevención de respuesta, junto con el control de estímulos. En el estudio de Greenberg y Rankin (1982) se reflejan los resultados conseguidos a lo largo de 8 años en una clínica en el tratamiento del juego patológico con técnicas de exposición o de control de estímulos. Los resultados obtenidos fueron modestos. Tras un tratamiento de 6 sesiones, con asistencia irregular, con un 50% de abandonos de la terapia y con un nivel medio de seguimiento no sistemático de 8,5 meses, de los 26 pacientes tratados 5 (el 19%) se mantenían abstinentes y 7 (el 27%) habían mejorado (recaían de forma intermitente), pero 14 (el 54%) seguían jugando de forma descontrolada.

Más recientemente, en el estudio de Echeburúa et al. (1994) se compara la eficacia diferencial de tres modalidades terapéuticas con el objetivo de la abstinencia del juego: a) tratamiento individual de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta; b) terapia de grupo cognitivo-conductual; y c) una combinación de ambas modalidades terapéuticas. La importancia de este estudio radica en el tamaño de la muestra (64 jugadores), en la homogeneidad del juego (máquinas tragaperras), en la brevedad del tratamiento (6 semanas) y en que,

por primera vez, se utiliza un grupo de control (con una duración de 6 meses) con el que se pueden comparar los resultados de los grupos terapéuticos.

En esta investigación el control de estímulos se refiere fundamentalmente al manejo del dinero y a la evitación de las situaciones o circuitos de riesgo. A medida que el tratamiento avanza, se procede a una atenuación gradual del control de estímulos y se da paso a la exposición. Con la exposición gradual en vivo y la prevención de respuesta se fuerza al sujeto a que experimente deseos de jugar y a que aprenda a resistir esos deseos de forma gradualmente más autocontrolada. Con la repetición de la exposición sistemática a las situaciones de riesgo éstas pierden la potencia de inducción al juego.

A su vez, en la terapia de grupo cognitivo-conductual los objetivos fundamentales son los siguientes: reestructurar las distorsiones cognitivas presentes, facilitar el contacto con otras personas que están en la misma situación, permitir la comunicación de las dificultades con el juego a otras personas con una problemática similar, buscar soluciones y estrategias de afrontamiento comunes y darse apoyo mutuo.

Por último, en el tratamiento combinado los pacientes reciben los dos tratamientos ya descritos. A diferencia de los sujetos pertenecientes a las dos condiciones experimentales anteriores, los pacientes acuden a la terapia dos veces por semana. Si bien la duración del tratamiento es la misma, el número total de horas es el doble que en el resto de las modalidades.

En los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento no existen diferencias significativas entre las tres modalidades terapéuticas, que son superiores al grupo de control. Todas ellas son eficaces para detener rápidamente la conducta de juego. No obstante, en el seguimiento realizado a los 6 meses, se comienzan a observar diferencias significativas entre los grupos. En la comparación de los éxitos (abstinencia del juego) con los fracasos (recaída o abandono del tratamiento), el tratamiento individual (75% de abstinencia) es homogéneo al tratamiento grupal (62,5% de abstinencia) y significativamente mejor que el tratamiento combinado (37,5% de abstinencia) y que el grupo de control (25% de abstinencia).

En el estudio de seguimiento posterior de Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1996) se informa de los datos de esta investigación correspondientes al seguimiento de los 12 meses. Los resultados se mantienen en la misma dirección que en el control de los 6 meses, con la excepción de que ahora el tratamiento individual (68,8% de abstinencia), además de ser superior al tratamiento combinado (37,5% de abstinencia), es también superior al tratamiento grupal (37,5% de abstinencia). La terapia individual (exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos) se configura, por tanto, como la opción terapéutica más efectiva.

Además de estas investigaciones controladas, se han publicado algunos estudios de casos, que ponen a prueba las técnicas de exposición, junto con el control de estímulos, en el tratamiento del juego patológico. Los resultados obtenidos son igualmente satisfactorios (Arribas y Martínez, 1991; Báez y Echeburúa, 1995; Symes y Nicki, 1997).

TÉCNICAS COGNITIVAS

La utilización de técnicas cognitivas en el tratamiento de la ludopatía ha sido llevada a cabo principalmente por el grupo de Ladouceur en Québec (Canadá). En concreto, este grupo (Ladouceur, 1993) propone un programa multimodal en el que se pone el acento en una intervención básicamente cognitiva. Dicho programa consta de 5 componentes terapéuticos fundamentales: información sobre el juego, corrección de las creencias erróneas, entrenamiento en solución de problemas relacionados con el juego, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas.

Sin embargo, a pesar de que los autores informan de resultados alentadores, son escasos los datos disponibles sobre la eficacia de dicho programa. Se han publicado los resultados correspondientes a 4 jugadores adolescentes a los que se aplicó este tipo de intervención (Ladouceur et al., 1994). En el seguimiento de los 6 meses los 4 jugadores se mostraban abstinentes. Si bien estos resultados son realmente alentadores, se trata prácticamente de un estudio de caso debido al escaso tamaño de la muestra utilizada.

En otro estudio realizado por el mismo grupo (Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert, 1994) se utiliza la terapia cognitiva, junto con el entrenamiento en solución de problemas y la prevención de recaídas, en el tratamiento de 3 jugadores patológicos. Con arreglo a los resultados obtenidos, los 3 sujetos se mostraban abstinentes a los 9 meses de seguimiento. Las limitaciones de este estudio son similares a las del anterior.

En una investigación controlada posterior (Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997) se compara la eficacia de una intervención cognitiva (reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas) con un grupo de control. La muestra total de este estudio constaba de 29 sujetos (14 en el grupo terapéutico y 15 en el grupo de control). Los resultados en el seguimiento de los 12 meses mostraron una tasa de éxitos del 57% (9 sujetos).

Los últimos estudios del grupo de Ladouceur se centran en el objetivo terapéutico del juego controlado o responsable (según su terminología). La terapia cognitiva, en estos casos, pone el énfasis en la corrección de la percepción errónea del concepto de probabilidad de ganar y en las estrategias para prevenir las recaídas. En un primer estudio no controlado con 5 sujetos (Ladouceur, Sylvain, Letarte, Giroux y Jacques, 1998) se consiguen buenos resultados en 4 de ellos: disminuye el deseo de jugar, mejora la percepción de control y desaparecen los criterios diagnósticos del DSM-IV para el juego patológico. Los resultados se mantienen en un seguimiento ulterior a los 6 meses.

En una investigación controlada con este mismo enfoque (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet, Leblond y Jacques, 2001), en donde se compara una terapia cognitiva de un máximo de veinte sesiones (N=66) con un grupo de control de lista de espera (N=29). El 86% de los pacientes tratados experimentan una mejoría clara, que se mantiene en un seguimiento a los 12 meses. No obstante, hay dos limitaciones importantes en este estudio: el nivel de abandonos es muy alto (el 47% de los pacientes tratados, lo cual rebaja considerablemente el porcentaje de éxito señalado por los autores) y el grupo de control es una lista de espera (en lugar de ser una alternativa de tratamiento efectiva).

En relación con estos resultados, se ha propuesto que la presencia de sesgos cognitivos en los jugadores patológicos indica la necesidad de contemplar la inter-

vención cognitiva como parte de un tratamiento completo de la ludopatía (Labrador y Fernández-Alba, 1998; Ladouceur y Walker, 1998; Toneatto, 2002). Sin embargo, la presencia de sesgos cognitivos en el pretratamiento se ha mostrado independiente del éxito terapéutico a los 12 meses de seguimiento (cfr. Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). Por otra parte, en la investigación de Echeburúa et al. (1994), comentada previamente en el apartado dedicado a la exposición, la reestructuración cognitiva se mostró inferior a un tratamiento combinado de control de estímulos y de exposición en vivo.

Por lo tanto, si bien la presencia de distorsiones cognitivas en el juego patológico resulta mucho más abrumadora que en el resto de los trastornos adictivos, no hay -al menos hasta el momento y para todos los casos- un apoyo empírico inequívoco a la utilización de técnicas cognitivas en el tratamiento de la ludopatía.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

El tratamiento farmacológico se ha aplicado a los jugadores patológicos cuando éstos presentaban sintomatología depresiva, con riesgos o intentos de suicidio, y ansiedad elevada (González, 1989). Así, los psicofármacos que se contemplan como aplicables al juego patológico pueden agruparse en torno a dos grandes grupos: los ansiolíticos y los antidepresivos, que tratan de neutralizar, respectivamente, la angustia y la depresión concomitantes con el impulso patológico al juego.

No obstante, en los últimos años se han comenzado a aplicar programas psicofarmacológicos específicos en el tratamiento del juego patológico. Los fármacos utilizados han sido, fundamentalmente, antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina.

En un estudio de caso bien controlado (Hollander, Frenkel, DeCaria, Truong y Stein, 1992) se ha aplicado clomipramina, con una dosis de 125-150 mg/día, a una mujer de 31 años (con una fobia social discreta y ciertos rasgos de personalidad obsesiva) dependiente de juegos múltiples y que había sido previamente tratada, sin éxito, mediante la participación en Jugadores Anónimos y psico-

terapia individual. La paciente redujo la conducta de juego considerablemente al cabo de 3 semanas de tratamiento y la interrumpió por completo al cabo de 10 semanas. La abstinencia se mantuvo, con la excepción de un episodio aislado de recaída en la semana decimoséptima de tratamiento.

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge de Barcelona, se llevó a cabo un estudio en el que se trataba a 30 pacientes con dosis progresivas de naltrexona (antagonista bloqueante de los receptores opioides) que alcanzaban unas cifras de mantenimiento equivalentes a 150 mg en días alternos (Turón, Salgado, González y Vicente, 1990). La hipótesis subyacente es que el juego es una adicción no ligada al uso de sustancias y que la sobreproducción de opioides endógenos (endorfinas) desempeña un papel importante en la génesis de todas las patologías adictivas y del control de los impulsos. Los pacientes fueron controlados semanalmente durante las primeras ocho semanas y pasaron posteriormente a un control mensual en los ocho meses restantes. Al cabo de 10 meses, la tasa de abstinencia era de un 56% de los pacientes tratados (un 20% desde el período de evaluación previo al tratamiento y un 36% desde el inicio de la terapia). El porcentaje de recaídas fue del 20% y hubo un 17% de abandonos. El 6% de los pacientes presentaron intolerancia a la naltrexona. No obstante, la ausencia de un grupo de control, con el que comparar los datos obtenidos en el grupo experimental, obliga a una interpretación cautelosa de los resultados. Ha habido otros estudios recientes con este mismo fármaco (Kim, Grant, Adson y Shin, 2001), comparándolo con el placebo, con resultados positivos pero no concluyentes.

Por último, ha habido cuatro estudios recientes del grupo de Hollander. En el primero de ellos (Hollander, DeCaria, Mari, Wong, Mosovich, Grossman y Begaz, 1998), se trató a 10 jugadores patológicos con fluvoxamina. Al finalizar el tratamiento, 7 de ellos consiguieron dejar de jugar. En el segundo (Hollander, DeCaria y Finkell, 2000) se ha comparado la fluvoxamina con el placebo, con una superioridad significativa en el caso del fármaco activo. En el tercero (Pallanti, Baldini-Rosi, Sood y Hollander, 2002) se ha puesto a prueba la nefazadona (un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina y de noradrenalina) en un ensayo no controlado con 12 sujetos, con resultados moderadamente positivos en el 75% de la muestra. Y en el cuarto (Pallanti, Quercioli, Sood y Hollander, 2002) se ha ensayado el litio, como estabilizador del estado de ánimo, en el tratamiento de la ludopatía, con unos resultados también moderadamente positivos.

En resumen, si bien es prematuro obtener conclusiones definitivas, las terapias psicológicas constituyen la primera línea de tratamiento del juego patológico (Echeburúa y Báez, 1994). A modo complementario, el tratamiento farmacológico puede estar indicado sólo en aquellos casos de ludopatía con depresión grave y fuerte ansiedad, ideación suicida y/o conductas impulsivas descontroladas.

PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS

Durante los últimos años ha cobrado una especial importancia el estudio de las recaídas en las conductas adictivas. En todas las adicciones los dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas se producen en los tres primeros meses tras la terminación del tratamiento. Y el fracaso en el mantenimiento de la abstinencia, independientemente del trastorno adictivo concreto, aparece frecuentemente asociado a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (Brown, 1987, 1989; Marlatt y Gordon, 1985).

Por lo que se refiere específicamente al juego patológico, las situaciones precipitantes de la recaída, según el estudio de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1999), han resultado ser, por orden de importancia, las siguientes: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos, el consumo abusivo de alcohol, la avidez por el juego (el "craving") y, por último, la presión social.

En concreto, casi la mitad de todas las recaídas se han producido por un control inapropiado del dinero (disponibilidad de unos ingresos económicos inesperados, vigilancia excesiva del dinero por parte de la familia, terminación del pago de las deudas, etc.). El segundo factor en importancia ha sido la presencia de estados emocionales negativos (aburrimiento/tristeza, ansiedad/estrés, ira/discusiones, etc.), que explica el 25% de las recaídas. El resto de categorías (consumo abusivo de alcohol, "craving" y presión social), si bien son también importantes, explican un porcentaje menor de los fracasos terapéuticos.

El estudio de los factores precipitantes es fundamental para el diseño de estrategias eficaces de prevención de las recaídas. En el ámbito del juego patológi-

co existen pocos estudios en este sentido. En una investigación controlada reciente de Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1999, 2000) se puso a prueba la efectividad de dos modalidades de prevención de recaídas -grupales e individuales- basadas en el modelo de Marlatt y Gordon (1985), en relación con un grupo de control. Para ello, se utilizó una muestra de 69 jugadores tratados, en una fase previa, mediante exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos. Posteriormente, una vez conseguida la abstinencia, recibían la intervención en prevención de recaídas. Los resultados obtenidos en el seguimiento de los 12 meses mostraron la superioridad de los grupos terapéuticos en relación con el grupo de control. En concreto, en este seguimiento los dos grupos terapéuticos eran homogéneos entre sí, con una tasa de éxitos del 82% en la modalidad individual y del 78% en la grupal, y significativamente superiores al grupo de control (52%) ($\chi^2=6,05$; $p<0,05$). Una descripción detallada de la guía de tratamiento utilizada para la prevención de recaídas, con el diario de sesiones correspondiente y los instrumentos de evaluación empleados, puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Por otra parte, en cuanto a las variables predictoras del fracaso terapéutico, en este estudio la menor satisfacción con el tratamiento, el mayor grado de consumo de alcohol y el neuroticismo, como variable de personalidad, eran predictores de fracaso terapéutico a largo plazo (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2001).

CONCLUSIONES

Los estudios referidos a la terapia del juego patológico prueban que este cuadro clínico responde bien a los tratamientos ofertados. Desde una perspectiva general, se han obtenido unas tasas de éxito superiores al 50% de los casos tratados con un control mínimo de seguimiento de 6 meses. Además, esta tasa de éxito puede aumentar incluso hasta el 80% cuando se aplican técnicas conductuales -control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta, principalmente- seguidas de una intervención cognitivo-conductual en prevención de recaídas (cfr. Echeburúa et al., 1999, 2000). En la actualidad este tipo de técnicas constituyen, sin duda, el tratamiento de elección de la ludopatía.

El empleo de técnicas cognitivas no parece ser tan necesario para conseguir la abstinencia del juego. Independientemente del número elevado de distorsiones cognitivas que presentan los jugadores patológicos (cfr. Fernández-Montalvo et al., 1996), la eficacia de los tratamientos a largo plazo no aumenta cuando se incluyen este tipo de intervenciones cognitivas (cfr. Echeburúa et al., 1996).

Si bien el tratamiento psicológico es prioritario en el ámbito de la ludopatía, queda pendiente, desde una perspectiva psicofarmacológica, el estudio de las situaciones concretas en las que el empleo de medicación (por ejemplo, la paroxetina u otro IRSS), de forma combinada con la terapia psicológica, potencia la eficacia terapéutica -jugadores con un nivel elevado de impulsividad, por ejemplo-. En nuestro país, se han realizado algunos intentos en este sentido (cfr. Saiz-Ruiz, 1992; Turón et al., 1990), pero los resultados obtenidos hasta la fecha han sido inconcluyentes (Grant y Kim, 2002; Grant, Kim y Potenza, 2003).

Por último, una cuestión de gran interés es la referida a las diferencias individuales. ¿Necesitan todos los jugadores patológicos tratamiento para controlar su hábito? Aunque prácticamente no hay investigaciones controladas sobre la evolución espontánea de los pacientes no tratados, algunos, como ocurre también en el caso de ciertos bebedores excesivos y de ciertos fumadores, pueden dejar de jugar por sus propios medios; otros, por el contrario, no responden ni al mejor de los tratamientos disponibles. En el estudio de Echeburúa et al. (1994), por ejemplo, el 25% de los pacientes pertenecientes al grupo de control habían dejado de jugar a pesar de no haber recibido ninguna intervención terapéutica durante un período de 6 meses.

En otras palabras, la adaptación de los objetivos clínicos (abstinencia total o juego controlado) y de los programas de tratamiento a las necesidades individuales, así como el papel terapéutico mismo de los manuales de autoayuda (por ejemplo, Blaszczynski, 1998, Milton, 2001 o Hodgins, 2002, en el ámbito anglosajón, y Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, en el ámbito hispanohablante), constituyen una cuestión no resuelta que requiere una detallada investigación (Blaszczynski y Nower, 2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arribas, M.P. y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 255-269.

258 Bález, C. y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 125-145.

Bález, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305.

Becoña, E. (1993). El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega. Santiago de Compostela. Junta de Galicia.

Blaszczynski, A.P. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11, 195-220.

Blaszczynski, A.P. (1998). Overcoming compulsive gambling. A self-help guide using cognitive behavioral techniques. London. Robinson.

Blaszczynski, A.P. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.

Brown, R.I.F. (1987). Classical and operant paradigms in the management of gambling addictions. *Behavioural Psychotherapy*, 15, 111-122.

Brown, R.I.F. (1989). Relapses from a gambling perspective. En M. Gossop. *Relapse and addictive behaviour*. New York. Routledge.

Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C. y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: an experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 275-282.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Pirámide.

Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 617-643.

Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 375-403.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351-364.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 379-383.

Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.

Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 115-121.

González, A. (1989). *Juego Patológico: Una Nueva Adicción*. Madrid. Tibidabo.

Grant, J.E. y Kim, S.W. (2002). Pharmacotherapy of pathological gambling. *Psychiatric Annals*, 32, 186-191.

Grant, J.E., Kim, S.W. y Potenza, M.N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19, 85-109.

Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.

Hodgins, D.C. (2002). *Becoming a winner. Defeating problem gambling*. Calgary, Canadá.

Hollander, E., DeCaria, C.M., Mari, E., Wong, C.M., Mosovich, S., Grossman, R. y Begaz, T. (1998). Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1781-1783.

Hollander, E., DeCaria, C.M. y Finkell, J.N. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry*, 47, 813-817.

Hollander, E., Frenkel, M., DeCaria, C., Truongold, S. y Stein, D.J. (1992). Treatment of pathological gambling with clomipramine. *American Journal of Psychiatry*, 149, 710-711.

Irurita, I.M. (1996). Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía. Sevilla. Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.

Kim, S.W., Grant, J.E., Adson, D.E. y Shin, Y.C. (2001). Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 49, 914-921.

Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego patológico. En M.A. Vallejo (Ed.). *Manual de terapia de conducta* (vol. 2). Madrid. Dykinson.

Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1, 361-374.

Ladouceur, R., Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18, 230-242.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J. y Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 774-780.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I. y Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1111-1119.

Ladouceur, R. y Walker, M. (1998). Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling. En A.S. Bellak y M. Hersen (Eds.). *Comprehensive clinical psychology*. New York. Pergamon.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.

McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.

262 Milton, S. (2001). *Stop gambling. A self-help manual for giving up gambling*. Sydney, Australia.

Pallanti, S., Baldini-Rossi, N., Sood, E. y Hollander, E. (2002). Nefadozone treatment of pathological gambling: A prospective open label controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1034-1039.

Pallanti, S., Quercioli, L., Sood, E. y Hollander, E. (2002). Lithium and valproate treatment of pathological gambling: A randomized single-blind study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 559-564.

Rosecrance, J. (1988). Active gamblers as peer counselors. *The International Journal of Addictions*, 23, 751-766.

Sylvain, C., Ladouceur, R. y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.

Symes, B.A. y Nicki, R.M. (1997). A preliminary consideration of cue-exposure, response-prevention treatment of pathological gambling behaviour: two cases studies. *Journal of Gambling Studies*, 13, 145-157.

Tejeiro, R. (1996). Estudio sobre el juego de azar en Algeciras. Prevalencia y características sociodemográficas. Algeciras. JARCA.

Toneatto, T. (2002). Cognitive therapy for problem gambling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 191-199.

Turón, J.V., Salgado, P., González, A. y Vicente, P. (1990). Tratamiento farmacológico del juego patológico. Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (Córdoba), 368-375.