

EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO.

UNA REVISIÓN

RESUMEN

El juego patológico se considera en la actualidad como un trastorno del control de los impulsos, aunque existe una tendencia creciente, debido a las similitudes y relaciones que mantiene con otras dependencias, a ser considerado como una adicción. Y esta tendencia queda reflejada en los distintos tratamientos que se han diseñado para abordar este trastorno.

El presente trabajo tiene como objetivo el realizar una revisión y valoración de los distintos tratamientos psicológicos aplicados al juego patológico. Como se observa, los resultados, aunque prometedores, son aún provisionales, de modo que hemos considerado conveniente complementar la revisión de los tratamientos con algunas sugerencias sobre futuras líneas de investigación.

PALABRAS CLAVE

Juego patológico. Tratamientos psicológicos. Revisión.

**Cristina Robert Flors, M.^a Consuelo Tomás Benlloch,
M.^a Amparo Ridaura Masiá, Emilia Senent Peris***

Cristina Botella Arbona**

1. INTRODUCCION

El juego patológico constituye un problema de creciente actualidad e interés para todo aquel que trabaje en el campo de las dependencias, tanto por constituir un prototipo de conducta dependiente como por la inter-

relación que mantiene con otras adicciones.

Según Leisure (1984), se puede aplicar el término de *jugador patológico* a aquella persona que fracasa progresivamente en su intento de resistir el impulso a jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares o socio-profesionales.

Las dificultades que surgen como resultado del juego suelen conducir a una intensificación de la conducta de jugar. Los

problemas característicos son la pérdida del trabajo debido a un absentismo laboral acusado (para poder jugar), los desfalcos y las deudas, así como otras responsabilidades financieras, alteración de las relaciones familiares y sociales, obtención de dinero a través de fuentes ilegales, fraude, robo y evasión de impuestos. Todo este proceso provoca en el jugador patológico importantes sentimientos de culpa.

La mayoría de las personas que están «enganchadas» a los juegos de azar adoptan una de las siguientes posturas:

1. Niegan que esto sea un problema, diciéndose a sí mismas cosas como: «Si quiero puedo dejarlo», «yo no estoy enganchado al juego, lo podría dejar en cualquier momento», «juego porque me gusta», «el juego me hace sentir bien y es un modo de ganar dinero y pasar el rato»..., o bien,

2. Reconocen que tienen un problema con el juego, pero piensan de sí mismos que son unos viciosos y que les falta fuerza de voluntad para dejarlo.

Cualquiera de estas dos posturas les impide reconocer la adicción al juego como un problema psicológico que tratado adecuadamente tiene solución. Los familiares y las personas que rodean al jugador patológico en muchos casos tampoco saben que se trata de un trastorno psicológico. Ello hace que se retarde la petición de ayuda terapéutica hasta hallarse en una situación límite y, a la vez, se dificulta el proceso de concienciación social y prevención.

Afortunadamente, la sociedad se va haciendo cada vez más consciente de este problema. Un paso decisivo a este cambio de concepción del jugador como un vicioso al jugador como una persona que precisa ayuda terapéutica lo constituye el hecho de que en 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría incluyó por primera vez este problema

dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), considerándolo como un TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS.

Para poder establecer el diagnóstico de juego patológico, siguiendo el DSM-III-R (1987), tiene que estar presente:

Conducta de juego pernicioso, indicada por al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.

2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado.

3. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.

4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar.

5. Pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para poder recuperar.

6. Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.

7. Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.

8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.

9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego.

Como se observa, estos criterios han sido modelados a partir de los indicados en el DSM-III (1980) para el diagnóstico de «dependencia de sustancias psicoactivas», reflejando esta decisión la tendencia cada vez más marcada de considerar el juego patológico como una «nueva adicción» (González, 1989).

* Instituto Valenciano de Asistencia al Jugador Patológico.

** Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.



En cuanto al futuro, según informan Lesieur y Rosenthal (1991), el DSM-IV tratará de matizar más las diferencias entre juego patológico y otras adicciones, siendo los criterios propuestos una mezcla entre los del DSM-III y los del DSM-III-R. Estos autores, tras llevar a cabo un cuidadoso estudio sobre la validez discriminante de los criterios diagnósticos de las revisiones anteriormente mencionadas, proponen los siguientes criterios diagnósticos del juego patológico para el DSM-IV:

«Conducta poco adaptativa, tal como indican al menos cuatro de los siguientes síntomas:

1. A medida que el juego progresa, el sujeto llega a estar más y más preocupado por revivir experiencias pasadas de juego, estudiar un sistema de juego, planificar el próximo epi-

sodio de juego o pensando en modos de obtener dinero.

2. Existe la necesidad de jugar cada vez más dinero para conseguir la excitación deseada.

3. Intranquilidad o irritabilidad cuando no puede jugar o intenta parar el juego.

4. La persona juega como un modo de escapar de problemas o sentimientos que le resultan intolerables.

5. Después de perder dinero jugando, a menudo vuelve a jugar para “recuperar” las pérdidas.

6. El sujeto miente a la familia, en el trabajo o al terapeuta para protegerse y ocultar su grado de implicación con el juego.

7. Realización de actos ilegales, como falsificaciones,

fraude, robo o desfalcos para financiar el juego.

8. La persona ha arriesgado o perdido alguna relación significativa, matrimonio, trabajo, carrera o estudios a causa del juego.

9. Necesidad de que otra persona proporcione dinero para hacer frente a la situación financiera desesperada producida por el juego (un “fiador”)).

2. TRATAMIENTO

El juego patológico comienza a recibir atención terapéutica a comienzos de siglo de la mano del psicoanálisis. Este fue el enfoque predominante hasta 1957, año en que comienzan a funcionar en Estados Unidos los primeros grupos de auto-ayuda: los Jugadores Anónimos, los cuales

adoptan el modelo establecido por los alcohólicos anónimos. No será hasta los años 60 cuando los procedimientos procedentes del campo de la modificación de conducta empiezan a aplicarse al tratamiento del juego patológico (Galski, 1987).

2.1. Estudios en donde se lleva a cabo la aplicación de unas técnicas terapéuticas de modo aislado

La mayor parte de estos trabajos iniciales se llevan a cabo por medio de psicoterapia individual de corte dinámico (Simmel, 1920; Lindner, 1950; Bergler, 1957, entre otros), se trata de estudios no muy bien documentados, ya que no detallan cuál es el procedimiento seguido, ni especifican los resultados obtenidos. Generalmente, son estudios de caso con escaso o nulo control experimental.

En los años 60, y dentro del paradigma del aprendizaje clásico y operante, comienzan a introducirse en el tratamiento del alcoholismo una serie de procedimientos provenientes del campo de la Modificación de Conducta. A la vista de los aparentes éxitos iniciales, estas técnicas son rápidamente adaptadas al tratamiento de otras adicciones, entre las que se encuentra el juego patológico. Hay que señalar que, generalmente, se trata de estudios de casos en donde, al igual que en los trabajos anteriormente citados, no suelen estar bien especificadas las medidas utilizadas para evaluar el juego antes, durante, al terminar el tratamiento y durante los seguimientos. De este modo, aunque ofrecen sugerencias interesantes, habría que esperar a que estudios más rigurosos pongan a prueba la eficacia de estas técnicas.

Las técnicas aversivas fueron uno de los primeros procedimientos terapéuticos utilizados en el tratamiento del juego patológico. En un primer momento se utilizaron de modo aislado.

Posteriormente, debido a los pobres resultados obtenidos a largo plazo, este tipo de técnicas se integraron dentro de programas terapéuticos más amplios. No obstante, este tipo de tratamientos goza en la actualidad de escasa popularidad (Echeburúa y Báez, 1990).

La mayor parte de estos estudios han utilizado estímulos aversivos eléctricos (Barker y Miller, 1966, 1968; Seager, Polkorny y Black, 1966; Goorney, 1968; Seager, 1970; Koller, 1972), que se administran asociados a la conducta de juego, tanto «in vivo» como en imaginación.

La *desensibilización* se ha utilizado como técnica aislada en muy pocos estudios.

McConaghy (1991) aplica esta técnica en un estudio de caso. Este procedimiento, denominado por él «terapia de desensibilización en imaginación» (McConaghy, Armstrong, Blaszczyński y Allcock, 1983), se llevó a cabo en régimen hospitalario y consistió en lo siguiente: se le pidió a la paciente (una mujer de 65 años con una historia de juego patológico de dos años y medio y de juego excesivo de 15 años), que describiera cuatro situaciones típicas en las que se veía impulsada a jugar, pero que no culminaban en la conducta de juego. Posteriormente se le entrenó en relajación muscular breve. Una vez relajada, se le pidió que visualizara la primera situación descrita en una de las escenas (las situaciones no estaban jerarquizadas). Esta situación se mantenía en imaginación hasta que no producía ansiedad, momento en que se le pedía visualizar la situación descrita en la siguiente frase. Esta misma secuencia se seguía con el resto de las situaciones, hasta que se completaba la escena (la paciente se veía a sí misma abandonando la situación sin jugar y sintiéndose relajada). Después se seguía el mismo procedimiento con las restantes escenas. Las sesiones duraron entre 15-20 mi-

nutos. Dos sesiones en el primer día y tres en los cuatro restantes días de tratamiento.

Los resultados al mes y a los dos meses muestran un nivel de juego controlado. Hay una recaída tras la recepción de una herencia inesperada, pero que es controlada por la misma paciente, sin necesidad de ninguna sesión de recuerdo. Al año de seguimiento, tanto la paciente como su marido informan de una abstinencia total.

Tampoco son abundantes los estudios que emplean la *intención paradójica* como única técnica terapéutica. En concreto, la literatura sólo recoge el estudio de caso de Víctor y Krug (1967), donde los resultados, aunque satisfactorios, no son concluyentes.

En este trabajo, se le pidió al paciente, un hombre de 36 años, que jugara diariamente durante tres horas especificadas con anterioridad. Después, al regresar a su oficina, debía registrar con todo detalle los sentimientos experimentados mientras jugaba. Se le pidió que continuara realizándolo, a pesar del malestar y la ruina económica que esto le ocasionó. El terapeuta empujaba al paciente a seguir jugando, sugiriéndole incluso que vendiera su reloj o una pintura para poder seguir jugando, a pesar de su disconformidad. El paciente informó de no disfrutar jugando y de haber recuperado sus responsabilidades laborales. Aunque el estudio no da por terminado el tratamiento, parece que en el momento de su publicación el paciente llevaba varios meses sin jugar.

Aunque las *técnicas de reestructuración cognitiva* comienza a formar una parte importante de la mayoría de programas de tratamiento para el juego patológico, son pocos los estudios que han tratado de poner a prueba su eficacia.

Ladoucer y su grupo de colaboradores trabajan desde hace unos años en identificar qué papel desempeñan las percepciones

erróneas y las verbalizaciones irracionales en el juego patológico (Ladoucer y Mayrand, 1984; Letarte, Ladoucer y Mayrand, 1986; Gaboury y Ladoucer, 1989). En un estudio llevado a cabo con análogos clínicos (Ladoucer, Gaboury y Duval, 1988), se enseñó a 10 jugadores a identificar y corregir las verbalizaciones irracionales que tenían lugar mientras los sujetos estaban jugando a la ruleta americana. La intervención tuvo lugar a través de 6 fases:

1. Se les enseña a los sujetos a pensar en voz alta, según el método de Perkins (1979).

2. Se graban las verbalizaciones de los sujetos mientras juegan.

3. Elemento educativo: se les hace conscientes de la importancia del azar en el juego de la ruleta americana.

4. Se les explica la importancia que tienen las verbalizaciones en el juego, con especial referencia a las diferentes categorías de verbalizaciones irracionales.

5. Identificación de la irracionalidad: el sujeto debe ser capaz de identificar al menos un 75% de las verbalizaciones irracionales antes de volver a jugar.

6. Corrección cognitiva: el sujeto debe identificar toda verbalización que emita mientras juega. Si falla, el experimentador repite la verbalización y le invita a explicar su carácter irracional.

Al final del estudio se observa una disminución significativa en el número de verbalizaciones irracionales, pero este dato no nos permite extraer conclusiones definitivas, debido a que no se trataba de auténticos jugadores patológicos y a que no se tienen en cuenta a la hora de valorar su eficacia la importancia que este cambio en las verbalizaciones pueden tener a largo plazo, tanto en el nivel de juego como en el estilo de vida de los sujetos.

A finales de los años 70 y muy influidos por el auge de las teo-

rias del autocontrol, comienzan a proliferar los *manuals de auto-ayuda* para el tratamiento de distintos problemas psicológicos (Miller y Taylor, 1980) (Mathews, Gelder y Johnston, 1981). Sin embargo, sólo en los últimos años ha comenzado a plantearse la posibilidad de aplicar este tipo de procedimientos al tratamiento del juego patológico.

El único estudio disponible hasta la actualidad es el llevado a cabo por Dickerson, Hinchey y Legg (1990) en Australia. Estos autores elaboran un manual para el tratamiento del juego patológico, a partir de los ya existentes para el alcoholismo. Dicho manual titulado «Juego problemático: Un manual de auto-ayuda para detener o controlar el dinero invertido en el juego», consta de las siguientes partes:

1. Definición del lector potencial o jugador problema.

2. Un examen de por qué la gente juega.

3. Cómo realizar un auto-registro.

4. El análisis funcional de la conducta de juego.

5. Control de estímulos.

6. Auto-refuerzo.

7. Conductas alternativas incompatibles.

8. Cómo mantener las ganancias a largo plazo.

Para comprobar la eficacia de este manual, comparan un grupo al que sólo se les entrega el cuestionario (n = 13) y otro en el que además del cuestionario se lleva a cabo una primera entrevista inicial (n = 16). Los resultados obtenidos a los tres meses de seguimiento muestran que los sujetos del grupo manual + entrevista mejoran más rápidamente que los del grupo a los que se les entregó únicamente el manual, pero esta diferencia no se mantiene a los seis meses.

Ahora bien, como los mismos autores afirman, en este estudio

existen graves problemas metodológicos que cuestionan la validez de los resultados (como la alta tasa de abandonos, la falta de criterios diagnósticos, falta de grupo control...), no obstante nos parece interesante, dado que plantea aspectos nuevos, que creemos merece la pena investigar en el tratamiento de esta problemática.

Los resultados de los trabajos revisados hasta aquí (y hay que recordar que muchos de ellos tienen el mérito de ser pioneros en el tratamiento del juego patológico), indican que los procedimientos usados parecen ser útiles en disminuir la frecuencia y la intensidad del juego. No obstante, hay que señalar también que muchas veces los resultados obtenidos se refieren a aspectos puntuales, ya que no se abordan otros cambios en el estilo de vida de la persona afectada que puedan ayudar a mantener los logros alcanzados a largo plazo. Muchos de estos cambios son sugeridos a los pacientes, pero no abordados como parte específica del tratamiento.

2.2. Programas de tratamiento en donde se incluye más de una técnica

Como hemos observado en el apartado anterior, una sola técnica no parece ser suficiente para hacer frente al problema de juego patológico (y a todas las áreas deterioradas por dicho problema), de modo que comenzaron a estructurarse una serie de programas más amplios que pretendían dar respuesta a estos déficits y excesos comportamentales mediante la combinación de diferentes técnicas.

En nuestra revisión distinguiremos estos enfoques en función del objetivo que persiguen, sea éste que el paciente deje de jugar por completo (abstinencia total) o que logre un mayor control sobre su conducta de juego (juego controlado).

2.2.1. Programas de tratamiento cuyo objetivo es la abstinencia total

Los primeros estudios donde se combina más de una técnica en el tratamiento del juego patológico, tienen como objetivo último el conseguir que el paciente abandone la conducta de juego. Como suele ser habitual en el campo de la terapia cuando se aborda una nueva problemática, estos trabajos iniciales consisten en estudios de casos, con un carácter puramente descriptivo. Así, los estudios de Cotler (1971) y Bannister (1977) informan de resultados satisfactorios; sin embargo, de nuevo están presentes las dificultades metodológicas señaladas en el apartado anterior y, además, aquí nos encontramos con el problema adicional de no saber qué componentes resultan esenciales para conseguir el resultado deseado.

Cotler (1971) aplica diferentes técnicas terapéuticas en un estudio de caso encaminadas a erradicar la conducta de juego e incrementar las conductas alternativas. Las técnicas fueron:

1. Explicar al paciente los principios del reforzamiento parcial, vicario y la aplicación de los mismos a su propia historia de juego.

2. Se introducen de modo gradual actividades reforzantes alternativas al juego.

3. Las visitas a su mujer, de la que estaba separado, se hacen contingentes a la abstinencia del juego.

4. Se le enseña a llevar un registro con el número de veces que ha jugado, la cantidad de dinero ganada o perdida, la cantidad de tiempo que permaneció en el local de juego, junto con una lista de los aspectos positivos y negativos que asociaba al juego.

5. Se le instruye para restringir la cantidad de dinero con la que acude al local de juego (casino) y a apostar en cada ju-

gada la máxima cantidad de dinero permitida (las cantidades se fijaron previamente). Asimismo, debía abandonar el local inmediatamente después de perder todo el dinero.

6. Las noches en las que no jugara, podía visitar a su familia o hacer algo que le agradara.

7. Al mes de iniciado el tratamiento, se le pidió que no jugara más de dos noches a la semana, momentos en los que el paciente se auto-administraba descargas eléctricas cada vez que ganaba.

8. Después de dos semanas se le instruyó para jugar durante siete días consecutivos, en los que se aplicó de modo intensivo una serie de procedimientos. El sujeto debía seguir acudiendo a jugar con una cantidad prefijada y apostar siempre el máximo, independientemente de que la jugada le pareciera buena o mala. Además de continuar auto-administrándose las descargas eléctricas cada vez que ganaba, debía hacerlo cada tercera jugada, y abandonar el local inmediatamente después de perder su dinero. En ese momento debía aislarse en su apartamento durante el resto de la noche.

9. Posteriormente, y de modo semanal (aunque los autores no especifican la duración) el paciente recibió sensibilización encubierta y/o descargas eléctricas intermitentes mientras describía situaciones de juego.

10. Durante el curso de la terapia se incluyeron sesiones de terapia de pareja, que le permitieron reanudar la convivencia con su esposa.

La terapia se llevó a cabo en 16 sesiones, al final de las cuales el sujeto permaneció abstinentes. Esta abstinencia se mantuvo a lo largo de 9 meses, momento en el que se produjo una recaída.

Como se observa, este tratamiento combina un amplio número de técnicas terapéuticas de modo que, aunque en principio parece eficaz, no nos permite sa-

ber cuál es la utilidad específica de cada una de ellas en el tratamiento del juego patológico. Del mismo modo, y como ocurre en el tratamiento de otro tipo de adicciones, el estudio señala la necesidad de realizar seguimientos a largo plazo que permitan detectar y hacer frente a las recaídas que tengan lugar.

Bannister (1977). Este autor describe el tratamiento aplicado a un jugador de apuestas. La terapia consistía en sensibilización encubierta (Cautela, 1967), junto con tareas para casa de terapia racional emotiva (Ellis, 1962). Se realizaron nueve sesiones de una hora de duración, donde se combinaban la terapia cognitiva y la sensibilización encubierta.

1. *Terapia racional-emotiva:* Los primeros veinte minutos de cada sesión se dedicaron a enseñar al paciente, a identificar auto-verbalizaciones que contribuían a su conducta de falta de responsabilidad y control y a utilizar un lenguaje más realista, así como a desarrollar una asociación entre el juego y sus consecuencias negativas. Como complemento de lo trabajado en la sesión se le asignaban al menos dos tareas diarias, que eran revisadas en la siguiente sesión.

2. *Sensibilización encubierta:* En la primera sesión se trabajaron dos escenas, en las cuales el sujeto imaginaba una secuencia de juego, donde, inmediatamente después de apostar, tenía lugar la consecuencia aversiva imaginada. En el resto de sesiones tuvo lugar una práctica guiada y discusión de los progresos.

A los dos años y medio de seguimiento, el paciente se mantenía abstinentes de juego y se observaron cambios positivos en la autoimagen, relación de pareja y situación financiera.

Este tipo de enfoque, que combina distintas técnicas en estudios de caso, ha ocupado una gran parte de la literatura sobre el tratamiento del juego patológico. Buena prueba de ello es el

reciente trabajo de Arribas y Martínez (1991) aparecido en nuestro país, donde se combinan las técnicas de control de estímulos y de exposición y prevención de respuesta en tres casos de juego patológico. No obstante, es posible afirmar que, a medida que la sociedad comenzó a prestar una mayor atención al juego patológico, estos programas de tratamiento más complejos comenzaron a aplicarse cada vez con mayor frecuencia. Se crearon diversos centros especializados en el juego patológico, cuyos programas de tratamiento engloban distintas técnicas terapéuticas. Algunos de estos centros abogan por la utilización de terapia individual y de grupo de modo combinado, mientras que otros se inclinan por trabajar todas las técnicas en el contexto del grupo.

2.2.1.1. *Programas de tratamiento que combinan la terapia individual con la terapia de grupo:*

En Estados Unidos existen **diferentes programas para el tratamiento del juego patológico**. La mayor parte de los mismos se llevan a cabo en centros dependientes de la Administración pública, centros que, a su vez, suelen estar especializados en otro tipo de adicciones. Entre estos programas destacan los llevados a cabo en:

a) *Unidad de Breckville del Centro Médico de la Administración de Veteranos de Cleveland*

Como ocurrió en el caso de la psicología clínica, cuyo desarrollo ha estado muy unido a guerras y conflictos, el primer programa de tratamiento en régimen de internamiento para tratar jugadores patológicos tiene lugar en un centro médico dependiente de la Administración de Veteranos. Este programa se puso en marcha en 1972, cuando Custer empieza a tratar a jugadores patológicos a petición de los jugadores anónimos.

El programa de Breckville tie-



ne un enfoque esencialmente didáctico y su meta es la abstinencia total. Se desarrolla a lo largo de 28 días, e incluye como elementos fundamentales la psicoterapia de grupo (donde se trabajan aspectos tales como análisis de las autobiografías de los asistentes, trabajar los mecanismos de negación y terapia cognitiva), y reuniones con jugadores anónimos que acuden al centro (Galski, 1987). Además, en aquellos casos en los que resulta necesario, se utilizan técnicas como terapia de pareja, control del estrés o entrenamiento en asertividad. El resto de las terapias las realizan en grupos mixtos con alcohólicos.

Existen varios trabajos en los que se ha informado acerca de los resultados obtenidos en este centro:

Russo, Taber, McCormick y Ramírez (1984). Al año de seguimiento, el 55% de las personas que respondieron informaron de una abstinencia absoluta y el 21% no había jugado en el último mes; el 91'5% informaron de una reducción en el juego, junto con una mejora en diferentes áreas de vida.

Aunque esperanzadores, estos datos se han de considerar con cautela debido a que sólo responden a la encuesta realizada por correo el 48% de los pacientes y el único criterio de mejoría se basó en las respuestas al cuestionario.

Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez (1987). En un estudio prospectivo a los seis meses de seguimiento, responden por teléfono a un cuestiona-

rio el 86% de los pacientes (57 de 66 jugadores). A los seis meses no juegan en absoluto el 56% y tienen períodos de abstinencia el 67%. Además, la información dada por los jugadores concordaba en gran medida con la facilitada por los familiares.

McCormick y Taber (1991). Indican que a los 12 meses contestan el 68% de los pacientes y la información también era altamente consistente con la de los familiares. El 55% continuaba totalmente abstinentes. Parece que la mayor parte de pacientes que continuaban abstinentes al año de seguimiento, tampoco jugaron en los primeros seis meses de seguimiento (58% de los encuestados). El 33% no lograron la abstinencia ni a los seis ni a los doce meses, y un pequeño número (4%) de pacientes se

mantiene abstinentes a los seis meses, pero no al año, mientras que esa misma proporción (4%) permanecían abstinentes al año, pero no a los seis meses.

b) *Centro Médico de la Administración de Veteranos de Brooklyn, Nueva York*

Como informa González (1989), se trata de un programa de pacientes externos, basado en conferencias educativas, terapia de grupo individual, así como a la asistencia a jugadores anónimos. Se busca un cambio en el estilo de vida, con especial énfasis en el área vocacional.

c) *Centro Médico de la Administración de Veteranos de Miami, Florida*

El enfoque fundamental de este centro consiste en terapia cognitiva en combinación con terapia de grupo (González, 1989), pero no poseemos más datos sobre qué tipo de técnicas utilizan ni sobre los resultados obtenidos.

d) *Centro de Asesoramiento para el Juego Compulsivo de la Universidad de Johns Hopkins* (actualmente se denomina el Centro para el Juego Patológico de Washington, College Park, Maryland).

El programa de tratamiento (Politzer, Morrow y Leavey, 1985) tiene como objetivo la abstinencia total. Para conseguir ésta se trabaja a diferentes niveles: es posible seguir el tratamiento en régimen ambulatorio u hospitalario. En ambos, después de una cuidadosa evaluación del paciente, se negocia un plan de recuperación y se trabaja con terapia de grupo.

El programa en régimen de internamiento consiste en 40 horas semanales de terapia durante 15 días. El tratamiento da gran importancia a los aspectos educativos y ofrece la posibilidad de realizar terapia familiar y consejo legal y/o financiero cuando las circunstancias así lo requieren.

Una vez que el paciente es dado de alta, se le indica la conveniencia de continuar durante dos años la terapia con un terapeuta privado y/o jugadores anónimos.

De los 92 pacientes (50%) que aceptaron la terapia, el 90% consiguieron abandonar el juego (durante una media de tiempo de seis meses). Estos resultados hacen concluir a los autores que «el juego patológico no sólo es una de las enfermedades más caras que afectan a nuestra sociedad, sino que también es la menos costosa de tratar y la más “curable” cuando se trata».

e) *El Centro de Salud Mental de la Comunidad de San Vicente del Norte de Richmond* (Nueva York).

Se trata de un programa de tratamiento aplicado a pacientes externos (Blackman, Simone, Thoms y Blackman, 1989). Después de una cuidadosa evaluación, se formula el plan de tratamiento en colaboración con el paciente. Aunque los autores no especifican el tipo de técnica utilizada en el tratamiento, sí consideran importante la asistencia de los pacientes a las reuniones de jugadores anónimos.

Los datos revelan una disminución significativa en la conducta de juego y una mejora en las relaciones sociales. Como estos mismos autores indican, debemos interpretar estos resultados con cautela, ya que las medidas utilizadas se basan en auto-informes y no existe grupo control. Asimismo, hay que esperar a los resultados de los seguimientos para comprobar si los cambios se mantienen a lo largo del tiempo.

f) *El hospital de South Oaks.*

El programa de tratamiento del South Oaks (Lesieur y Blume, 1991) se basa en la idea de que, tanto el alcoholismo como la dependencia a otras sustancias y el juego, suelen presentarse de modo combinado en una misma persona (Ramírez, 1983).

Por ello, se explora en toda persona que acude al centro (ya sea debido a problemas de adicción a una determinada sustancia o actividad) la existencia de otras posibles dependencias. El programa de tratamiento comienza una vez realizada la evaluación de los problemas del paciente, y se realiza en régimen de internamiento. Consiste en psicoterapia individual, sesiones de grupo (tanto mixtos como específicos a su adicción), utilización de material filmado y bibliografía, educación sobre alcohol, drogas y juego, etcétera. También recomiendan la asistencia a las reuniones de «anónimos» (jugadores anónimos, alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos) y trabajan con los familiares mediante sesiones de apoyo. Asimismo, trabajan de modo coordinado con los recursos de la comunidad. Esto les permite planificar el alta del paciente y realizar un seguimiento, de modo que el paciente continúa asistiendo a terapias de grupo semanales y puede acudir a sesiones individuales o familiares si éstas fueran necesarias. Del mismo modo, se les recomienda continuar asistiendo a los grupos de auto-ayuda.

Los resultados para todos los grupos (grupo donde predomina el alcohol/drogas, donde predomina el juego y grupo combinado) indican que los problemas de juego disminuyen de modo significativo en todos ellos, y el consumo de alcohol y drogas bajan en el grupo de alcohol y drogas y en el de problemas combinados. Esta reducción no es tan marcada en el grupo de jugadores, debido a que el consumo de alcohol y otras drogas no era significativo antes del tratamiento.

Como estos autores afirman, aunque en principio este tratamiento parece ser útil, son necesarios estudios adicionales que sigan poniendo a prueba su eficacia.

g) *Otros centros que abordan el problema del juego patológico*

En los últimos años podemos observar una proliferación de programas de tratamiento ofrecidos por centros privados en régimen interno. Por ejemplo, los programas de tratamiento llevados a cabo en el Taylor Manor en Maryland, en el Centro Psiquiátrico de Filadelfia, en Long Island, en el Hospital Charter de Las Vegas (Knapp y Lech, 1987).

En nuestro país no es hasta muy recientemente cuando el problema del juego comienza a ser abordado de modo específico. Afortunadamente, en los últimos años han empezado a ponerse en marcha alternativas de tratamiento en distintos centros. Dentro de la línea que venimos comentando, González y colaboradores (González, García, Aranda y Díaz [1991]; Aranda, Díaz, García y González, 1991), han desarrollado un programa de tratamiento que combina el tratamiento individual del jugador con terapia familiar y de grupo, planteando objetivos en cada una de las áreas de vida afectadas por el problema de juego y trabajando con distintas técnicas cognitivo-comportamentales.

Como estos mismos autores reconocen (Aranda et al., 1991), aunque este programa cuenta con la ventaja de adecuarse a las características de cada jugador (determinadas mediante el análisis funcional), tiene como inconveniente la dificultad de poner a prueba qué técnicas pueden ser más eficaces en el tratamiento del juego patológico.

Echeburúa y Báez (en prensa) han puesto en marcha en el País Vasco un programa de tratamiento para el juego patológico que combina la terapia individual (control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta) con terapia de grupo cognitivo-conductual. El programa, con una duración de dos meses y altamente estructurado, se lleva a cabo a lo largo de seis sesiones de terapia individual, simultaneadas con seis sesiones

de grupo, ambas con carácter semanal y de una hora de duración. De momento, aún no se cuentan con resultados que permitan valorar la eficacia del mismo.

Como vemos, en la mayor parte de trabajos, se utiliza la terapia de grupo como un recurso más dentro de los programas de tratamiento, pero, de momento, son escasos los datos que nos permitan saber qué grado de mejoría se debe a la contribución del componente grupo.

2.2.1.2. *Terapias de grupo*

Aquí nos centraremos en programas de tratamiento que combinan una serie de técnicas pero que, a diferencia de los anteriores, han sido llevados a cabo de modo exclusivo en la modalidad de grupo.

Al igual que en las terapias individuales, también en las terapias de grupo los primeros trabajos tenían un corte más dinámico, mientras los trabajos actuales básicamente siguen el enfoque de la Modificación de Conducta.

Dentro de la línea más dinámica, se enmarcan los trabajos de Boyd y Bolen (1970) y de Tepperman (1977, 1985), cuyos objetivos se dirigen al logro de un mayor «insight» emocional.

Boyd y Bolen (1970) consideran que el juego patológico no es sino un síntoma que enmascara al problema verdadero: los desacuerdos y hostilidades que existen dentro de la pareja. De este modo, convierten la terapia para el juego en una terapia marital. La terapia consiste en una sesión semanal de grupo con nueve jugadores patológicos y sus esposas cuyo objetivo es la mejora de la relación de pareja y el logro de una disminución en la conducta de juego. Al año de tratamiento, con la terapia todavía en curso, tres pacientes habían cesado de jugar, cinco jugaban de modo controlado y una pareja abandonó la terapia.

Tepperman (1977, 1985) también ha llevado a cabo un programa de terapia de grupo con parejas. Este autor compara dos grupos, uno de ellos formado por parejas que asistían a jugadores anónimos (en los que se trabaja además con terapia de pareja), y el otro formado por personas que acudían a jugadores anónimos pero que no recibían terapia de pareja. Ambos grupos estaban constituidos por personas que ya habían dejado de jugar. Los resultados parecen indicar una mejora en la relación en el grupo en el que se abordó el funcionamiento de la pareja.

En nuestro país, uno de los estudios pioneros en el que se intenta comprobar la eficacia de la terapia de grupo es el llevado a cabo por González y colaboradores (González, Mercadé, Jarque y Pérez, 1990). En este estudio se forman dos grupos de ocho pacientes, que acuden a sesiones semanales de grupo durante hora y media. Cada tres sesiones (en las que participan únicamente jugadores), tiene lugar una sesión en la que también acuden familiares. En este caso el papel desempeñado por el familiar consiste en la colaboración en el cumplimiento de las normas terapéuticas. A los dos meses de tratamiento, las sesiones pasan a ser quincenales, alternándose las que se realizan con o sin familia.

Una vez realizada la evaluación y la firma del contrato terapéutico, comienza el tratamiento. Este consiste en un programa de terapia que incluye autorregistro de la conducta de juego y de las tareas de exposición, sesiones de exposición «in vivo» con prevención de respuesta a los estímulos desencadenantes de juego, control de estímulos, programación de actividades alternativas y prevención de recaídas.

Los resultados a los cuatro meses de haber iniciado el tratamiento (y antes de que éste halla llegado a su término) son:

un 17% de pacientes había sufrido recaídas y un 83% se había mantenido abstinentes desde el inicio del tratamiento. La tasa de abandonos fue de 37%.

González señala que, aunque la terapia de grupo proporciona refuerzo social, dificulta el establecimiento del «rapport» terapeuta-paciente, de modo que la motivación y el compromiso no se establecen de modo tan firme como la terapia individual. Otros autores (Lesieur y Custer, 1984), sin embargo, abogan por la terapia de grupo debido a que la identificación con el grupo permite reducir la sensación de aislamiento que experimenta el jugador y le ayuda a identificar las mentiras y excusas que éste utiliza, así como hacer frente a los problemas derivados del juego.

Queremos resaltar la importancia que podría tener este tipo de programas de tratamiento en grupo, debido a las actuales presiones sobre costos-eficacia a las que se enfrenta la terapia. Son, pues, necesarios más estudios en esta línea que nos permitan demostrar, como ya apuntan los datos iniciales, su utilidad.

2.2.2. *Programas de tratamiento cuyo objetivo es el juego controlado*

Aunque, al igual que lo que ocurre en el campo del alcoholismo, la mayor parte de autores abogan por la abstinencia total en el tratamiento del juego patológico, en otros estudios los resultados indican que el juego controlado puede ser un objetivo de tratamiento válido. Los datos, por el momento, son escasos y son necesarias más investigaciones para poner a prueba esta orientación.

Dickerson y cols. (Dickerson, 1975; Dickerson y Weekes, 1979). El programa de tratamiento se aplica en un caso individual. Las técnicas utilizadas para lograr un control sobre juego fueron:

1. Negociación de los obje-

tivos con el jugador y su esposa conjuntamente.

2. Control de estímulos.
3. Control del momento en que se le permite apostar y cantidad máxima de la apuesta.
4. Implementación y refuerzo de conductas incompatibles del juego.
5. Pago gradual de las deudas.
6. Apoyo durante el seguimiento.

El tratamiento duró 20 semanas. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios y se mantenían al año y medio de seguimiento.

Rankin (1982), en otro estudio de caso, trata a un jugador con técnicas similares a las utilizadas en el trabajo anterior, pero con la novedad de incluir la prohibición de reinvertir las ganancias en el juego. Además, se recomendó la asistencia a jugadores anónimos. El paciente fue visto una vez al mes durante los seis primeros meses, dos veces más durante los seis siguientes meses y posteriormente cada seis meses.

Los cambios obtenidos fueron satisfactorios, y en los dos años de seguimiento, sólo en tres ocasiones incumplió las normas del programa al reinvertir en el juego las ganancias.

Rosecrance (1988) defiende la meta del juego controlado como un medio de atraer a terapia a muchas de las personas que rechazan la abstinencia absoluta como objetivo de la misma. Además, cree que este objetivo lleva a muchos jugadores a recaer una vez que han finalizado el tratamiento, a raíz de un episodio de juego.

Asimismo, critica la noción de juego compulsivo y fija la causa del juego problemático en el uso de estrategias de juego inapropiadas. Una vez definida de este modo la fuente principal de los problemas del paciente,



propone que personas que juegan de modo habitual (pero para las cuales el juego no constituye un problema), sean utilizadas como consejeros en el tratamiento del juego patológico. Según Rosecrance, estas personas podrían empatizar mejor con el paciente y enseñarles a utilizar las técnicas de auto-control que ellos utilizan continuamente.

Los jugadores-modelo sugieren al paciente una estrategia de juego apropiada, que se negocia, y le ayudan a ponerla en práctica. Además, están disponibles por teléfono para cualquier problema que éste encuentre en mantener un control sobre el juego.

Aunque interesante, este planteamiento aún no ha sido puesto a prueba de modo experimental, por lo tanto, no tenemos datos sobre la eficacia del mismo. Ahora bien, la indudable utilidad que podría suponer el hacer la terapia más atractiva para muchos jugadores, hace que pueda resultar conveniente seguir trabajando en esta misma

línea. No obstante, resulta necesario añadir que la meta del juego controlado como objetivo terapéutico debe ser tomada con gran cautela, pues no es posible olvidar la crítica situación en la que se encuentra la familia (Rodríguez-Martos, 1987).

En suma, dado el importante número de abandonos y de personas que rechazan la terapia, y teniendo en cuenta que muchos de los estudios que tienen como finalidad la abstinencia total obtienen como resultado el que una parte importante de sus pacientes sigue jugando, aunque dentro de unos ciertos límites (Błaszczynski, McConaghy y Frankova, 1991), ésta podría ser una alternativa viable (aunque potencialmente peligrosa) de tratamiento, al menos para alguno de los pacientes.

2.3. Grupos de auto-ayuda

2.3.1. Jugadores anónimos

Los grupos de jugadores anónimos comienzan a funcionar en

Estados Unidos en 1957. Según Scodel (1964) jugadores anónimos es una técnica de terapia de grupo que sólo utilizan ex jugadores para ayudar y está modelado por otros grupos de auto-ayuda como alcohólicos anónimos.

Estos grupos adoptan el modelo de enfermedad, y considera el juego patológico como una enfermedad progresiva que, aunque se puede detener, nunca puede curarse. No obstante, tal y como señalan Preston y Smith (1985), esta idea es más difícil de aceptar por los jugadores patológicos que por los alcohólicos, debido a que el deterioro orgánico no es tan patente.

Son escasos los trabajos que aportan datos sobre la eficacia de estos grupos de auto-ayuda y no hay estudios comparativos con otras modalidades de tratamiento, en parte debido a las propias características del grupo (Echeburúa y Báez, 1990).

Brown (Brown, 1985; Stewart y Brown, 1988), tras analizar los

resultados obtenidos por 232 pacientes atendidos en Escocia, concluye que la asistencia a jugadores anónimos no es suficiente, ya que sólo el 8% continuaban abstinentes al año de seguimiento y el 7% a los dos años. Asimismo, sólo el 12% seguían asistiendo a las reuniones a los dos años, y el 41% abandonaron la terapia después de la primera sesión.

Alguna de las causas que podrían explicar estos resultados son:

1. El hecho de que el grupo se interese por los jugadores más «patológicos» hace que el tratamiento sea más eficaz con aquellos jugadores más severamente perturbados y resulta menos útil en el caso de aquellas personas que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema (Brown, 1987).

2. Las terapias se centran más en las personas que acuden por primera vez al centro (con el objetivo de que asuman el modelo de enfermedad), que en hacer frente a los problemas del resto del grupo.

3. La asistencia a jugadores anónimos es más útil para aquellas personas que tienen pocas o ninguna recaída, pero no enseña a los participantes cómo hacer frente a estas recaídas, ya que aquellos jugadores que han aceptado el mensaje de que nunca van a poder mantener un control sobre el juego suelen volver al patrón antiguo de juego descontrolado después de un primer episodio de juego (Rosecrance, 1988).

Sin embargo, la asistencia a jugadores anónimos puede resultar útil como complemento de otros procedimientos terapéuticos. En concreto, el apoyo del grupo parece ser útil en evitar recaídas (Taber, Richard, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez, 1987).

Además de la asistencia de los jugadores al grupo, existe la posibilidad de que los familiares de estos jugadores se integren en sus propios grupos de autoayuda («Gam-Anon»), aunque tampoco existen estudios sobre la eficacia de estas sesiones.

2.3.2. Asociaciones de Jugadores en Rehabilitación

En los últimos años asistimos en España a un crecimiento inusitado de las Asociaciones de Jugadores en Rehabilitación. Estos grupos se diferencian de los jugadores anónimos en la composición de grupo (admiten la colaboración de «técnicos», es decir, psicólogos, psiquiatras y/o médicos) y en la estructura de las sesiones. Sin embargo, comparten con jugadores anónimos el modelo de enfermedad.

Los estudios realizados hasta el momento son de carácter puramente descriptivo, por lo que no disponemos de datos sobre su eficacia.

2.4. Estudios que someten a prueba la eficacia de distintas técnicas

Aunque todos los estudios anteriores parecen obtener resulta-

dos satisfactorios, son muy pocos los autores que han puesto a prueba la eficacia diferencial de las distintas técnicas aplicadas en el tratamiento del juego patológico.

Greenberg y Rankin (1982). Utilizan una muestra de 26 pacientes que son asignados a dos grupos de terapia: en uno se utiliza como técnica principal el control de estímulos (ejemplo: el terapeuta instruye al paciente sobre cómo tomar una ruta alternativa para evitar el local de juego), y en el otro, las técnicas de exposición «in vivo» (acompañado en las primeras sesiones por el terapeuta). Como técnicas complementarias para controlar el impulso a jugar, se utilizaron estímulos aversivos suaves (ejemplo: soltar con fuerza una banda elástica sobre la muñeca) y la sensibilización encubierta. En ambos grupos se pedía la colaboración de un familiar.

Aunque este estudio podría considerarse en apariencia un estudio experimental, es difícil extraer conclusiones de los datos, debido a los problemas metodológicos de los que adolece (Echeburúa y Báez, 1991). La interpretación de los resultados no es fácil, ya que se presentan de modo unitario sin diferenciar por grupos de tratamiento. En todo caso, es posible hablar de resultados sólo hasta cierto punto satisfactorios, puesto que se producen una alta tasa de abandonos y sólo el 19% se mantiene abstinentes en el seguimiento (los seguimientos eran variables y la media del seguimiento se sitúa en 8-5 meses).

McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock (1983) asignaron 20 sujetos al azar a dos modalidades de terapia: *desensibilización imaginada y terapia aversiva*. El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de una semana en régimen de internamiento y los sujetos recibieron 14 sesiones de terapia de unos 15 a 20 minutos de duración.

La terapia de desensibilización imaginada consistió en el mismo procedimiento aplicado por este autor en un estudio de caso descrito anteriormente en el epígrafe número 2 (McConaghy, 1991).

La terapia aversiva consistió en un procedimiento modificado del aplicado por Thorpe, Schmidt, Brown y Castell (1964). Al sujeto se le presentaban de modo aleatorio doce tarjetas con una descripción de cuestiones excitantes relacionadas con el juego y tres tarjetas en las que figuraban actividades alternativas al juego. Cada vez que el sujeto leía una de las doce frases relacionadas con el juego, recibía una descarga eléctrica. No había descarga tras leer las situaciones alternativas al juego.

Los resultados muestran que los sujetos a los que se les aplicó el procedimiento de desensibilización en imaginación experimentaron una mayor reducción en el impulso de jugar y conducta de juego, así como una reducción significativa tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado al año de seguimiento que los del grupo al que se aplicó la terapia aversiva.

McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock (1988) asignaron 20 sujetos al azar, a dos modalidades de terapia: *Desensibilización imaginada (DI) y relajación (RI)*. El tratamiento se llevó a cabo durante una semana en régimen de internamiento.

El procedimiento de desensibilización imaginada se estructuró del mismo modo que en el estudio anterior. En el otro procedimiento se les entrenaba a los sujetos a relajarse. Una vez relajados se les hacía visualizar escenas placenteras.

Los resultados al año de seguimiento fueron los siguientes: 5 de los 10 sujetos del grupo de DI, «reducen marcadamente» su juego, frente a los 7 del grupo de RI.

Tanto este estudio como el anterior parecen confirmar la hipótesis de los autores respecto a que los factores más importantes que dan cuenta de la persistencia de la conducta de juego serían tanto la evitación de estados fisiológicos negativos como el «mecanismo de ejecución conductual» que se establece en el Sistema Nervioso Central cuando una conducta se convierte en habitual (Echeburúa y Báez, 1991).

3. CONCLUSIONES

De la valoración global de los tratamientos aquí revisados, podríamos extraer las siguientes conclusiones:

a) Teniendo en cuenta que el juego patológico es un problema que afecta a casi todas las áreas de funcionamiento de la persona, las técnicas aplicadas de modo aislado, aunque son útiles para mejorar determinados aspectos, se muestran insuficientes para abordar esta problemática en toda su complejidad (Galski, 1987). En concreto, dichas insuficiencias ponen de manifiesto a la hora de establecer conductas y repertorios más adaptativos que puedan reemplazar a los hábitos nocivos anteriores (Baker y Miller, 1968).

b) Se han desarrollado también programas más complejos, diversificados en dos modos fundamentales de actuación, a nivel individual, a nivel grupal, o una mezcla de ambos. Estos programas de tratamiento que abordan el juego patológico de un modo más global, parecen haber demostrado un mayor grado de eficacia a largo plazo. Sin embargo, existe muy poca información sobre la eficacia diferencial de cada uno de sus componentes en los distintos aspectos implicados en el juego.

Así, parece necesario que futuros trabajos empiecen a delimitar qué procedimiento o combinación de procedimientos resulta más eficaz (Cottler, 1971). Estas investigaciones deberían incorporar controles ex-

perimentales adecuados y seguimientos. Esto nos permitiría delimitar si se ha producido el cambio, a qué se debe, y si se mantiene este progreso a largo plazo. A su vez, también se deberían especificar los criterios de mejoría en los que se basan los resultados, y sería conveniente que en esta valoración se tuviera en cuenta tanto la información proveniente de la persona como de otras personas significativas de su entorno.

c) Aunque de momento contamos con escasos resultados sobre el juego controlado, este objetivo podría ser útil en aquellos pacientes menos deteriorados (Blaszczynski et al., 1991) y en aquellas personas que rechazan el tratamiento si la finalidad de éste es la abstinencia absoluta (Dickerson y Weeks, 1979; Brown, 1987), siempre teniendo en cuenta los peligros potenciales de este tipo de acercamiento. Futuras investigaciones deberían poner a prueba estos supuestos.

Otras cuestiones que consideramos de interés en el tratamiento del juego patológico serían:

a) Quizás uno de los factores que podría explicar la disparidad de resultados obtenidos con las diferentes técnicas, obedece a que no se han tenido en cuenta la existencia de diferentes subtipos de jugadores (McCormick y Taber, 1991).

b) Tal vez, en vez de plantearnos la meta de diseñar un único enfoque de tratamiento que pudiera ser útil para todo tipo de jugadores patológicos, sería de interés buscar determinadas variables (personalidad, duración de la adicción, factores ambientales...), que pudieran predecir el éxito terapéutico en función del tipo de persona, tipo de técnica y tipo de situación.

c) En general, no se ha tenido en cuenta el papel que puede desempeñar la motivación del paciente a la hora de participar en el tratamiento. Por nuestra parte, consideramos de la mayor importancia prestar una aten-

ción adecuada a la motivación del paciente antes de comenzar la terapia para lograr una mayor implicación en ésta (Tomás, Robert, Ridaura, Senent y Botella, en prensa), y quizás puede ser un medio para disminuir la alta tasa de abandonos inicial).

d) Creemos que otro ingrediente fundamental en el programa de tratamiento es el elemento educativo. Tanto el jugador patológico como su familia deben saber en qué consiste este trastorno y cuáles son los mecanismos que favorecen su aparición y mantenimiento.

e) Del mismo modo, todos los programas de tratamiento deberían incluir la prevención de recaídas como una parte fundamental de la terapia (Marlatt y Gordon, 1985), y sesiones de recuerdo cuando éstas sean necesarias.

f) En la mayor parte de estos estudios se ha tenido en cuenta a la familia en el tratamiento del juego patológico. Nuestra experiencia personal nos indica que el apoyo de la familia es crucial a la hora de motivar al paciente, reforzar los progresos y favorecer el cumplimiento de normas terapéuticas. Además, y debido a que el juego ha deteriorado las relaciones familiares, es indispensable una intervención en este área.

g) En la mayor parte de estos centros donde se presta asistencia por problemas de juego patológico en EE. UU., ésta se lleva a cabo en régimen de internamiento. Nos parece más conveniente no separar al jugador de su ambiente natural, a no ser que las circunstancias lo hagan necesario (ejemplo: riesgo de suicidio o desintoxicación de alcohol o drogas). De este modo resulta más probable conseguir una generalización de los cambios obtenidos en el estilo de vida (Galski, 1987).

En definitiva, el tratamiento del juego patológico es todavía un reto. Aunque es verdad que casi cualquier técnica o conjunto de técnicas utilizadas ha tenido éxitos parciales, siguen quedando

enormes problemas por resolver. Desde nuestro punto de vista los fundamentales serían:

1. Que se acepte el problema.

2. Que se acepte el tratamiento.

3. Que se siga el tratamiento. Esto que parece tan obvio y sencillo no resulta nada fácil, y creemos que son los problemas centrales con los que se enfrentan las personas que trabajan en este campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed.)*. Washington D. C. A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington D. C. A.P.A.
- ARANDA, J. A.; DÍAZ, C.; GARCÍA, J. L. y GONZÁLEZ, J. (1991): «Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico». *Clínica y Salud*, 2, páginas 179-195.
- ARRIBAS, M. P. y MARTÍNEZ, J. J. (1991): «Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos». *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, pp. 255-269.
- BANNISTER, G. (1977): «Cognitive and behaviour therapy in a case of compulsive gambling». *Cognitive Therapy and Research*, 1, pp. 227-237.
- BARKER, J. C. y MILLER, M. (1966): «Aversion therapy for compulsive gambling. (Letter to the Editor.)» *Lancet*, 1 (7.548): 926.
- BARKER, J. C. y MILLER, M. (1967): «Aversion therapy for compulsive gambling». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, pp. 285-302.
- BERGLER, E. (1957): *Psychology of gambling*. New York: Hill and Wang.
- BLACKMAN, S.; SIMONE, R. V.; THOMS, D. R. y BLACKMAN, S. (1989): «The gamblers treatment clinic of St. Vincent's North Richmond Community Mental Health

Center: Characteristics of the clients and outcome of treatment». *The International Journal of the Addictions*, 24, páginas 29-37.

BLASZCZYNSKI, A.; MCCONAGHY, N. y FRANKOVA, A. (1991): «Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up». *British Journal of Addiction*, 86, pp. 299-306.

BOYD, W. H. y BOLEN, D. W. (1970): «The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy». *International Journal of Group Psychotherapy*, 20, pp. 77-90.

BROWN, R. I. (1985): «The effectiveness of Gamblers Anonymous». En W. R. EADINGTON (ed.): *The gambling studies: Proceedings of the Sixth National Conference on gambling and risk taking*. Vol. 5, Bureau of Business and Economic Research, University of Nevada. Reno.

BROWN, R. I. (1987): «Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: Part Four. Evaluation and Summary». *Journal of Gambling Behaviour*, 3, páginas 202-210.

CAUTELA, J. (1967): «Covert Sensibilization». *Psychological Reports*, 20, pp. 459-468.

COILER, S. B. (1971): «The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling». *Behavior Therapy*, 2, pp. 579-584.

DICKERSON, M. (1975): «Gambling: Associated problems. A guide for the helping agencies». *Consultation of «Compulsive» Gambling. Report N.º 1*. London.

DICKERSON, M.; HINCHY, J. y LEGG, S. (1990): «Minimal treatments and problem gamblers: A preliminary investigation». *Journal of Gambling Studies*, 6, pp. 87-103.

DICKERSON, M. y WEEKES, D. (1979): «Controlled gambling as a therapeutic techniques for compulsive gamblers: A case study». *Journal of Experimental Psychiatry and Behavior Therapy*, 10, pp. 139-141.

ECHEBURÚA, E. y BÁEZ, C. (1991): «Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico». *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8 (2), pp. 127-146.

ECHEBURÚA, E. y BÁEZ, C. (en

- prensa): *Tratamiento psicológico del juego patológico*.
- ELLIS, A. (1962): *Reason and emotion in psychotherapy*. New York; Lyle Stuart.
- FINK, H. K. (1961): «Compulsive gambling». *Acta Psychotherapy*, 9, pp. 251-261.
- GABOURY, A. y LADOUER, R. (1989): «Erroneous perceptions and gambling». *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, pp. 411-420.
- GALSKI, T. (1987): *The handbook of pathological gambling*. Springfield, Illinois, Thomas, 1987.
- GONZÁLEZ, A. (1989): *Juego patológico: Una nueva adicción*. Madrid, Tibidabo.
- GONZÁLEZ, J.; GARCÍA, J. L.; ARANDA, J. A. y DÍAZ, C. (1991): «Tratamiento psicológico de la adicción a los juegos de azar». En G. BUELA-CASAL y V. E. CABALLO (comp.): *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid, edit. Siglo XXI.
- GONZÁLEZ, A.; MERCADÉ, P. V.; EJARQUE, J. y PÉREZ, O. (1990): «Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico». *Ponencia presentada a las XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Barcelona, 26, 27 y 28 de septiembre de 1990.
- GONZÁLEZ, A.; PASTOR, C.; MERCADÉ, P. V. y AYNAMI, N. (1990): «Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico». *Ponencia presentada a las XVIII Jornadas de Sociodrogalcohol*. Barcelona, 26, 27 y 28 de septiembre de 1990.
- GOORNEY, A. B. (1968): «Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy». *British Journal of Psychiatry*, 114, pp. 329-333.
- GREENBERG, D. y RANKIN, H. (1982): «Compulsive gamblers in treatment». *British Journal of Psychiatry*, 140, pp. 364-366.
- KNAPP, T. J. y LECH, B. C. (1987): «Pathological gambling: A review with recommendations». *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 9, pp. 21-49.
- KOLLER, K. M. (1972): «Treatment of poker-machine addicts by aversion therapy». *The Medical Journal of Australia*, 17, páginas 742-745.
- LADOUER, H. R. y MAYRAND, M. (1984): «Evaluation on the "illusion of control": type of feedback, outcome sequence and number of trials among occasional and regular players». *The Journal of Psychology*, 117, páginas 47-53.
- LESIEUR, H. R. (1984): *The chase: The compulsive Gambler*. Cambridge, Massachusetts: Schenkman Publishing Company. Inc.
- LESIEUR, H. R. y BLUME, S. B. (1991): «Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index». *British Journal of Addiction*, 86, pp. 1.017-1.028.
- LESIEUR, H. R. y CUSTER, R. L. (1984): «Pathological gambling: Roots, phases and treatment». *The Annals of the American Academy*, 474, pp. 147-156.
- LESIEUR, H. R. y ROSENTHAL, R. J. (1991): «Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatry Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control not elsewhere classified)». *Journal of Gambling Studies*, 7, pp. 5-39.
- LETARTE, A.; LADOUER, R. y MAYRAND, M. (1986): «Primary and secondary illusory control and risk-taking in gambling (roulette)». *Psychological Reports*, 58, pp. 299-302.
- LINDNER, R. M. (1950): «The psychodynamics of gambling». *Ann. Am. Acad. Pol. Soc. Sci.*, 269, pp. 93-107.
- MARLATT, G. A. y GORDON, J. R. (1985): *Relapse Prevention*. New York: The Guilford Press.
- MATHEWS, A. M.; GELDER, M. G. y JOHNSTON, D. W. (1981): *Práctica programada para la agorafobia*. N.Y.: The Guilford Press (versión castellana editada por el Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Vitoria, 1986).
- MCCONAGHY, N. (1991): «A pathological or a compulsive gambler?». *Journal of Counseling Studies*, 7 (1), pp. 55-64.
- MCCONAGHY, N.; ARMSTRONG, M.; BLASZCZYNSKI, A. y ALLCOCK, C. (1983): «Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling». *British Journal of Psychiatry*, 142, páginas 366-372.
- MCCONAGHY, M.; ARMSTRONG, M.; BLASZCZYNSKI, A. y ALLCOCK, C. (1988): «Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling: Implications for behavioral assessment». *Behavior Modification*, 12, pp. 371-384.
- MCCORMICK, R. y TABER, J. (1991): «Follow-up of male pathological gamblers after treatment: The relationship of intellectual variables to relapse». *Journal of Gambling Studies*, 7 (2), pp. 99-108.
- MILLER, W. R. y TAYLOR, C. A. (1980): «Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers». *Addictive Behaviours*, 5, páginas 13-24.
- MORAN, E. (1975): «Pathological gambling». *British Journal of Psychiatry*, 9, pp. 416-428.
- PERKINS, D. N. (1979): *A primer on introspection*. Paper presented at the American Theater Association Convention, New York.
- POLITZER, R. M.; MORROW, J. S. y LEAVEY, S. B. (1985): «Report on the cost-benefit/effectiveness of treatment at the Johns Hopkins Center for pathological gambling». *Journal of Gambling Behavior*, 1 (12), páginas 131-142.
- PRESTON, F. W. y SMITH, R. W. (1985): «Delabeling and relabeling in Gamblers Anonymous: Problems with transferring the Alcoholics Anonymous paradigm». *Journal of Gambling Behavior*, 1, pp. 97-105.
- RANKIN, H. (1982): «Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling». *Behavior Research Therapy*, 20, pp. 185-187.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1987): «El juego... otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias». *Fons Informatiu*, 12, pp. 1-54.
- ROSECRANCE, J. (1988): «Active gamblers as peer counselors». *The International Journal of the Addictions*, 23 (7), pp. 751-766.
- RUSSO, A.; TABER, J.; MCCORMICK, R. y RAMÍREZ, L. F. (1984): «An outcome study of an inpatient program for pathological gamblers». *Hospital and Community Psychiatry*, 35, páginas 823-827.
- SCODEL, A. (1964): «Inspirational group therapy, a study of Gamblers Anonymous». *American Journal of Psychotherapy*, 18, pp. 115-125.
- SEAGER, C. P. (1970): «Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion». *British Journal of Psychiatry*, 117, pp. 545-553.
- SEAGER, C. P.; POLKORNY, M. R. y BLACK, D. (1966): «Aversion therapy for compulsive gambling. (Letter to the Editor.)» *Lancet*, 1 (74.356): 546.
- SIMMEL, E. (1920): «Psychoanalysis of the gambler». *International Journal of Psychoanalysis*, 1, pp. 252-253.
- STEWART, R. M. y BROWN, R. I. (1988): «An outcome study of Gamblers Anonymous». *British Journal of Psychiatry*, 152, páginas 284-288.
- TABER, J. I.; MCCORMICK, R. A.; RUSSO, A. M.; ADKINS, B. J. y RAMÍREZ, M. D. (1987): «Follow-up pathological gamblers after treatment». *American Journal of Psychiatry*, 144, páginas 757-761.
- TEPPERMAN, J. H. (1977): «The effectiveness of short term group therapy upon the pathological gambler and wife. Doctoral Dissertation». California School of Professional Psychology. Los Angeles, 1976. *Dissertation Abstract International*, 37, 5.383B.
- TEPPERMAN, J. H. (1985): «The effectiveness of short term group therapy upon the pathological gambler and wife». *Journal of Gambling Behavior*, 1, páginas 119-130.
- THORPE, J. G.; SCHMIDT, E.; BROWN, P. T. y CASTELL, D. (1964): «Aversion-relief therapy: a new method for general application». *Behavior Research and Therapy*, 2, pp. 71-82.
- TOMAS, M. C.; ROBERT, C.; RIDAURA, M. A.; SENENT, E. y BOTELLA, C. (en prensa): «Importancia de la evaluación en el tratamiento del juego patológico». *Revista Española de Drogodependencias*.
- VICTOR, R. y KRUG, C. (1967): «Paradoxical intention in the treatment of compulsive gambling». *American Journal of Psychotherapy*, 21, pp. 808-814.