

¿Puede un jugador patológico volver a jugar normalmente alguna vez ?

Ricardo TEJEIRO SALGUERO

*Asociación de Jugadores en Rehabilitación
del Campo de Gibraltar - JARCA*

Resumen

Este trabajo comenta la polémica entre los partidarios de la abstinencia como único objetivo válido de las terapias de tratamiento del juego patológico y aquellos que, admitiendo que la abstinencia es un objetivo útil en muchos casos, proponen el juego controlado como alternativa posiblemente válida en otras situaciones. Se exponen el punto de vista de las asociaciones de autoayuda y el punto de vista de los profesionales de la salud mental, se revisan algunas investigaciones relevantes, y se finaliza con algunas conclusiones relativas al contexto asociativo.

Palabras clave: juego patológico, juego controlado, adicciones.

Abstract

This paper comments the polemic between those who propose abstinence as the only valid aim of the therapies for the treatment of pathological gambling and those who, admitting abstinence as a useful objective in many cases, also propose controlled gambling as a probably valid alternative in other situations. Both the points of view of the self-help associations and of the mental health professionals are presented, some relevant research is reviewed and conclusions relative to the context of associations are offered.

Key words: pathological gambling, controlled gambling, addictions.

“¿Puede un jugador compulsivo volver a jugar normalmente alguna vez?

¡No! La primera apuesta es para un jugador patológico como el primer pequeño trago para un alcoholico. Antes o después vuelve a caer en el viejo patrón destructivo. Una vez la persona ha cruzado la línea invisible hacia el juego irresponsable incontrolado, nunca parece recuperar el control. Tras abstenerse unos pocos meses, algunos de

nuestros miembros han intentado alguna pequeña apuesta, siempre con resultados desastrosos. La vieja obsesión volvía inevitablemente. Nuestra experiencia en Jugadores Anónimos parece que sólo ofrece dos alternativas: jugar, arriesgándose al deterioro progresivo, o no jugar y desarrollar una forma de vida mejor.”

(Página de Gamblers Anonymous en internet, traducción del autor).

«Me llamo ... y soy jugador». Con esta fórmula comienzan invariablemente todas las manifestaciones (*testimonios*) que los miembros de las asociaciones integradas en la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR) realizan en sus reuniones periódicas de terapia. Es una fórmula tradicional con la cual el jugador se “desnuda” ante sus compañeros y ante sí mismo, y acepta la realidad de su patología. Este trabajo no pretende analizar la utilidad general de dicha fórmula, sino tan sólo su adecuación cuando la persona que la expresa ya no muestra síntoma alguno de juego patológico. ¿Es esa persona un jugador? Si es así, ¿en qué sentido? Y si no es así, ¿debe dejar de identificarse como tal?

Como psicólogo colaborador de la Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar (JARCA), asociación integrada en FEJAR, un tema de discusión recurrente con los miembros más veteranos de la misma ha sido precisamente el de la naturaleza de la rehabilitación. La primera cuestión que nos planteamos fue si un jugador llega alguna vez a rehabilitarse o si, por el contrario, el jugador lo es para toda la vida. Pronto dimos en la cuenta de que tal pregunta no puede ser respondida adecuadamente si no se responde antes a otra más básica: ¿qué entendemos por rehabilitación? Aquí las posturas estaban nuevamente encontradas. Los miembros de la asociación consideraban que el objetivo último del tratamiento debía ser la abstinencia total del juego, en tanto que, desde mi punto de vista, no había por qué descartar a priori el objetivo del juego controlado, al menos en algunos casos.

¿Es necesario que una persona que ha padecido un episodio de juego patológico durante unos años de su vida lleve la etiqueta de “jugador” para el resto de la misma, aún cuando aparentemente no haya nada en su

conducta que lo justifique? Sin duda, tal etiqueta puede ser útil durante las primeras etapas de la rehabilitación, pero con el tiempo puede convertirse en un estigma, un incómodo recordatorio permanente de algo que, quizá, debe pasar a la historia antes o después.

Ambas cuestiones (la posibilidad de la rehabilitación completa, y la posibilidad del juego controlado) son dos caras de una misma moneda. Si admitimos una deberemos admitir forzosamente la otra. Si una persona está rehabilitada, ¿porqué no va a practicar el juego como forma de entretenimiento legítima? Y si un jugador llega a alcanzar el dominio de su conducta de juego, ¿no quiere esto decir que está rehabilitado?

En este trabajo intentaré exponer razonadamente los puntos de vista a favor y en contra de tal posibilidad, revisaré las investigaciones y sugerencias que pueden aportar luz sobre el tema, y presentaré las conclusiones a que tal revisión me ha llevado.

El punto de vista de las asociaciones de autoayuda

Las asociaciones de autoayuda para el tratamiento del juego patológico, que en nuestro país se integran mayoritariamente en la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados (FEJAR), constituyen la versión española de *Gamblers Anonymous* (Jugadores Anónimos). Aunque las diferencias entre ambas son considerables, la filosofía general que impulsa a Jugadores Anónimos sigue vigente en los planteamientos de FEJAR.

Jugadores Anónimos (JA) es una asociación de autoayuda que, a su vez, tiene sus raíces en la asociación Alcohólicos Anónimos, de la que adopta sus principios y formato. Desde su primera reunión, en Los Angeles (California) en 1957, la organización ha experimentado un importante desarrollo, y

hoy en día son alrededor de 800 los capítulos de JA en todo el mundo, constituyendo la principal fuente de tratamiento del juego patológico. Numerosos programas de tratamiento profesional incluyen la asistencia regular a las reuniones de JA, tanto en los Estados Unidos (Russo, Taber, McCormick y Ramírez, 1984; Nora, 1989) como en Australia (Blaszczynski, 1993).

Según Jugadores Anónimos, «el juego compulsivo es una enfermedad progresiva en su naturaleza, que no puede ser curada pero puede ser detenida» (*Gamblers Anonymous*, 1977). De acuerdo con este planteamiento, la participación en cualquier forma de juego conduce inexorablemente a la pérdida de control y a la recaída en la conducta de juego patológico. Resulta un tanto paradójico el que esta definición del juego patológico, tan tajante en cuanto a su pronóstico y superación, fuera realizada cuando apenas las primeras investigaciones sistemáticas acerca de esta enfermedad habían comenzado a ser divulgadas, de manera que lo que se sabía del juego era bastante poco. Es ilustrativo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) no incluyera el Juego Patológico en su Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales hasta su tercera edición, en 1980 (APA, 1980/1984).

Este planteamiento en favor de la abstinencia como objetivo único del tratamiento ha sido adoptado igualmente por las asociaciones españolas. Este hecho no puede ser achacado tan solo a la inercia o a la imitación de Jugadores Anónimos, existiendo otras motivaciones con peso en esta decisión. En primer lugar, los propios miembros de estas asociaciones han padecido la adicción a los juegos de azar y son perfectamente conocedores de los trastornos de todo tipo que dicha adicción conlleva. La falta de un cuerpo teórico sólido en favor del juego controlado

como objetivo válido de la terapia hace que el posible beneficio de apostar por tal meta no compense la probable pérdida que supondría no alcanzarla y volver a caer en el juego.

Por otra parte, el tratamiento que se propone en estas asociaciones supone un fuerte cambio no sólo conductual, sino también de actitudes y valores. Es decir, no se pretende únicamente el cese de la conducta observable de juego, sino que se busca un cambio global de la forma de vida de la persona, una reestructuración completa de su sistema de valores. Con frecuencia, este principio es implícito y sólo en contadas ocasiones se hace explícito en los testimonios de los jugadores y del director de las sesiones. Un cambio tan drástico supone la adopción de una postura resuelta, sin medias tintas, que enfrenta al jugador a una decisión planteada como “O lo dejas, o no lo dejas, no hay término medio”.

El propio carácter solidario de estas asociaciones hace que los miembros que ya han dejado de jugar sean reacios a presumir de ello ante los miembros de nuevo ingreso. Consideran que, incluso aunque fueran capaces de jugar de forma controlada, no sería justo “restregárselo por la cara” a los nuevos ingresados. Creen que, aun cuando el nuevo jugador controlado tuviera un exquisito cuidado en la forma en que comunicaba su situación y su conducta a los demás jugadores, ello no podría por menos que suponer un golpe moral para estos. Como me expresaba recientemente un jugador rehabilitado: «¿Cómo voy a estar hablando en terapia de que he comprado unos cupones, o de que he jugado a la quiniela? ¿Cómo se va a sentir el compañero que esté peleando por dejarlo?».

En esta línea, no es de extrañar que la Federación Andaluza de Jugadores de Azar en Rehabilitación (FAJER), integrada en FEJAR, rechazara en fechas recientes discu-

tir en su VII Congreso la posibilidad de juego controlado aduciendo que "al Congreso acuden numerosos jugadores que llevan muy poco tiempo en terapia, y hablar del tema puede ser negativo para ellos".

Finalmente, respecto al hecho de que quienes están aparentemente rehabilitados sigan identificándose explícitamente como jugadores, debemos considerarlo desde varias perspectivas. Tal asunción es en principio consecuente con lo explicado en los párrafos anteriores, y deriva directamente de los principios de Jugadores Anónimos y Alcohólicos Anónimos. Pero además, la fórmula «Me llamo ... y soy jugador» juega un papel importante en el contexto concreto de las asociaciones de autoayuda. Y esto es así tanto desde el punto de vista del tratamiento (no es este el lugar de explicar los aspectos terapéuticos de tales rituales) como desde el punto de vista organizativo.

No hay que perder de vista el hecho de que las asociaciones de autoayuda suelen nacer a partir de un individuo o grupo pequeño de individuos que, habiendo sido jugadores patológicos, han asistido con éxito a las sesiones de terapia de otra asociación. El calificativo de *autoayuda* de estas asociaciones responde perfectamente a la filosofía de que cada uno debe ayudarse a sí mismo dado que todos están al mismo nivel. Se trata -al menos en teoría- de una organización horizontal en la que nadie impone sus propuestas, de manera que los más veteranos se limitan a ofrecer su experiencia a aquellos que voluntariamente quieran aceptarla. Existe una junta directiva en cada asociación, pero suele estar compuesta íntegramente por jugadores rehabilitados. En este contexto, la fórmula «soy jugador» contribuye a la igualdad, sirviendo de eficaz recordatorio permanente -para los nuevos ingresos y para los veteranos- de la filosofía de la asociación.

El punto de vista del psicólogo

Hemos visto que las asociaciones de autoayuda plantean sin ambages que la adicción a los juegos de azar es un trastorno permanente, que acompaña al jugador durante toda su vida, y que inhabilita a la persona para la práctica controlada de ningún tipo de juego de azar. También vemos que estos planteamientos parecen basarse más en un razonamiento intuitivo o una suposición de psicología popular que en una evaluación científica de las opciones. Aun comprendiendo dicha postura, el profesional de la salud mental que se interesa por este problema no puede por menos que cuestionarla. ¿Hasta qué punto está justificada la postura de las asociaciones?

Veamos en primer lugar las razones por las cuales se puede cuestionar que la abstinencia sea, a priori, el único objetivo viable. Lo primero que salta a la vista es que la abstinencia es, para el todavía jugador recién incorporado a las asociaciones de autoayuda, una meta excesivamente lejana y difícil de conseguir. Hay que tener en cuenta que buena parte de los jugadores llevan a sus espaldas una larga historia de varios años de juego incontrolado y que la mayoría de los abandonos tienen lugar durante las primeras semanas de asistencia a terapia, por lo que el planteamiento de metas que parecen excesivamente difíciles de alcanzar sólo puede contribuir a una tasa de abandono aún mayor.

En la misma línea, el planteamiento de un tratamiento de duración limitada, o dicho de otra manera, el planteamiento de que antes o después el jugador va a superar de forma definitiva su problema, aun con todas las precauciones y matices que tal propuesta supone, puede alentar al jugador a permanecer en terapia durante el periodo inicial y más difícil. En los momentos de vacilación

o desmoralización puede resultar excesivamente duro el plantearse una lucha de por vida contra el juego.

Además, hay jugadores que, sencillamente, rechazan la abstinencia como objetivo final de su terapia. Hay que reconocer que los juegos de azar son una forma de entretenimiento y hasta de relación social muy común en nuestra sociedad, y no son pocos los jugadores que, aun comprendiendo que la conducta de juego se les ha ido de las manos, no quieren renunciar a todo tipo de juego y en todas las circunstancias. A modo de ejemplo ilustrativo, podemos pensar en lo difícil que nos resulta a todos, seamos o no jugadores habituales, el rechazar un boleto de lotería que acaban de comprar todos nuestros compañeros de trabajo.

Quizá uno de los motivos por los que las asociaciones e incluso los profesionales son reticentes a plantearse la posibilidad del juego controlado es la injustificada tendencia a identificar el éxito del tratamiento con la supresión de las conductas observables de juego. Sin embargo, como señala Blaszczynski (1993), el criterio de éxito basado en las puntuaciones globales dicotómicas de abstinencia y no abstinencia no toma en cuenta las mejoras en otras áreas de funcionamiento, incluyendo la reducción en la frecuencia, reducción en la urgencia, mejora de la habilidad de controlar el juego una vez iniciado, y mejora en el funcionamiento social, financiero e interpersonal. Un cambio, incluso radical, en el estilo de vida y en el sistema de valores de la persona no es incompatible, de ninguna manera, con el juego controlado.

Asimismo, el plantearse la abstinencia como objetivo facilita el que las recaídas sean consideradas como un signo del fracaso de la terapia. Esto es así especialmente en la primera recaída, tras la que se produce una

pérdida del control percibido, en el llamado *efecto de transgresión de la abstinencia* (Marlatt y George, 1984). Este efecto consta de dos componentes cognitivos básicos:

a) *La disonancia cognitiva* (Festinger, 1964). El jugador en rehabilitación se ha definido cognitivamente a sí mismo como abstinentes. La recaída después de un periodo de abstinencia es disonante con esa definición, lo que produce un estado emocional negativo de conflicto o culpa. El jugador tiende entonces a reducir esa disonancia, bien repitiendo de forma reiterada la conducta adictiva, bien modificando su definición cognitiva (por ejemplo, considerando que «no soy capaz de superarlo»).

b) *Las atribuciones de causalidad interna* (Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Valins y Weiner, 1972). La persona tiende a atribuir la recaída a su propia debilidad interna, a un fracaso de su capacidad de autocontrol («no tengo fuerza de voluntad»), y eso hace que disminuya su resistencia ante tentaciones posteriores (Edwards, 1986).

Sin duda, un episodio de juego urgente y sin control tras un periodo de no juego es una recaída y esto es así tanto si el objetivo es la abstinencia, como si lo es el juego controlado. En ambos casos es preciso incorporar al tratamiento un programa de prevención de recaídas. A modo de ejemplo, Ladouceur (1993) propone adaptar el programa de Marlatt y Gordon (1985) e incluir los siguientes elementos: información sobre los juegos de azar y de dinero, sobre el juego patológico y sobre sus consecuencias, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y modificación del entorno de los jóvenes.

Ahora bien, ¿qué decir de los episodios de juego que se producen igualmente tras un periodo de no juego, pero que no incluyen urgencia ni pérdida de control? Diversos autores (Rankin, 1982; Greenberg y Rankin,

1982; Baucum, 1985; Blaszczynski, 1988) han cuestionado la tendencia a considerar los episodios de recaída como un indicativo del fracaso del tratamiento, sin tomar en cuenta adecuadamente la frecuencia o intensidad de las características de juego de tales episodios de recaída. Cuando tal episodio está enteramente bajo el control del sujeto, quizá no deberíamos hablar de "recaída" sino de "episodio de juego controlado".

Informes de juego controlado

Hasta ahora he expuesto las razones que llevan al profesional a no descartar a priori el juego controlado como objetivo de la terapia. Expondré a continuación algunos de los intentos de puesta en práctica de tal sugerencia, y las conclusiones que de ellos se pueden extraer.

Dickerson y Weeks (1979) plantearon el juego controlado como objetivo de un tratamiento basado en el consejo conductual con un paciente varón, de 40 años de edad, con una historia de tres años de juego patológico. El juego controlado implicaba mantener una apuesta semanal de un dólar, cantidad mínima en comparación con las cantidades gastadas antes del tratamiento (de 20 a 2.000 dólares). Según informan los autores, el objetivo se cumplió con éxito y se mantuvo en un intervalo de seguimiento de 15 meses.

Rankin (1982), utilizando un tratamiento similar en un jugador de 44 años con una historia de juego de 20 años, obtuvo resultados comparables, informando de que el control fue mantenido «durante casi todos los dos años del periodo de seguimiento» (p.186).

Russo, Taber, McCormick y Ramírez (1984) encontraron que el 21% de quienes que se reconocían abstinentes habían tenido en el mes previo a la entrevista de seguimiento alguna experiencia de juego sin

resurgimiento de patrones de conducta de juego patológico.

McConaghy, Blaszczynski y Frankova (1991) encuentran en el seguimiento de 63 sujetos durante 5 años que el 14'2% alcanzaron la abstinencia plena, en tanto que el 38% se describen a sí mismos como jugadores controlados. El juego controlado fue definido como el gasto de no más de 10 dólares por semana.

Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez (1987), y Blackman, Simone, Thoms y Blackman (1989) también aportan pruebas en favor del juego controlado como posibilidad, señalando que, aunque continúen jugando en niveles reducidos, los jugadores muestran claros signos de mejora postratamiento en muchas áreas.

Blaszczynski, McConaghy y Frankova (1991) también concluyen que el juego controlado no parece incrementar la probabilidad de recaída en el juego incontrolado.

En la actualidad, diversos programas de tratamiento en centros de salud mental (por ejemplo, el de la Unidad de Juego Patológico de la Ciudad Sanitaria de Bellvitge, en Barcelona) incorporan el juego controlado como posibilidad de tratamiento. Es aún pronto para disponer de datos fiables sobre la efectividad de dicha opción, pero sin duda es un paso alentador.

Conclusiones

A la vista de los datos, parece evidente que el juego controlado como objetivo del tratamiento del juego patológico es, al menos en determinados casos, una opción no sólo válida, sino conveniente. Es posible que contribuya a animar a los jugadores con una motivación dudosa hacia el tratamiento, aquellos a los que el abandono definitivo les parece excesivamente difícil o ven esa op-

ción como inaceptable. Con ello, es posible que disminuyan las tasas de rechazo al tratamiento, así como las tasas de abandono (Dickerson y Weeks, 1979; Rankin, 1982; Brown, 1985; Blaszczynski, 1988).

En la misma línea, parece adecuado ampliar el concepto tradicional de éxito del tratamiento. Incluso los estudios que han planteado el juego controlado como objetivo han tendido a medir el control en términos de frecuencia y cantidad jugada. Ciertamente que la evaluación de tales factores debe contribuir de forma decisiva a la consideración del éxito o fracaso de la terapia, pero sin duda deben también hacerlo otros aspectos, como la disminución de las urgencias subjetivas, el incremento en el sentido de control sobre el juego, o índices que reflejen el funcionamiento del estilo de vida (relaciones maritales y familiares, estabilidad en el empleo, salud física...).

Una sugerencia interesante que propone Blaszczynski (1993) consiste en considerar el éxito cuando el juego patológico asociado con la principal forma de juego cesa, aunque la participación continúe en otras formas de juego en las que siempre se ha mantenido el control. Aun admitiendo el carácter "contagioso" de las adicciones, esta es una posibilidad que algunos jugadores rehabilitados admiten como viable.

Ahora bien, el hecho de que exista la posibilidad del juego controlado como objetivo no implica que esta posibilidad pueda ser llevada a la práctica de forma inmediata y sin riesgos, al menos no con los conocimientos actuales y en el contexto asociativo, que en nuestro país constituye la principal fuente de tratamiento de este problema.

En primer lugar, y en tanto la investigación no aporte datos concluyentes acerca de las variables predictoras que puedan identificar a los sujetos capaces de mantener el

juego controlado a continuación del tratamiento, deberemos dar la razón a las asociaciones y mantener que, al menos en este ámbito, mejor no correr riesgos innecesarios. Los recursos tan limitados de que disponen las asociaciones (Tejeiro, 1996) no permiten la diferenciación de grupos de terapia en función del objetivo del tratamiento (abstinencia vs. juego controlado), y resulta impensable el llevar a cabo terapias en las que parte de los sujetos pretendan un objetivo y la otra parte pretendan el otro.

Por consiguiente, y a la espera de estos datos, no parece desacertado apoyar el mantenimiento de la abstinencia como objetivo de único de los tratamientos en el contexto asociativo.

Respecto al carácter permanente o transitorio de la condición del jugador, es preciso igualmente hacer una diferenciación entre las posibilidades teóricas y las posibilidades reales en este contexto. Los datos anteriormente expuestos demuestran la posibilidad de un tratamiento exitoso con el juego controlado como objetivo. Una consecuencia inmediata es el rechazo de los planteamientos que señalan que el jugador patológico no llega jamás a rehabilitarse por completo, siendo jugador (al menos en potencia) toda su vida. Resulta paradójico el hecho de que precisamente la abstinencia forzada impida a los jugadores posiblemente rehabilitados la constatación de que han superado sus problemas con el juego. Si no pueden jugar, no pueden comprobar el grado de control que ejercen sobre el juego. Desde ese punto de vista, todos somos jugadores compulsivos en potencia mientras no demostramos lo contrario.

Mi experiencia con JARCA me inclina, no obstante, a ser extremadamente prudente en estas cuestiones. Es cierto que algunos miembros de las asociaciones pueden ser

considerados, con pocas dudas, ex-jugadores. Ahora bien, ¿ayuda esto en algo a la rehabilitación de los jugadores de la asociación? Lamentablemente, no podemos responder a esto con seguridad, y no faltan voces que proponen precisamente lo contrario. Desde que empecé a colaborar con JARCA he intentado mantener un estricto respeto por la filosofía de la asociación, considerando que soy un colaborador externo y que, aun siendo el profesional, debía amoldarme a los principios de la asociación. Por consiguiente, no creo que la ventaja de una modificación tan radical de un principio tan elemental compense el considerable trastorno que el cambio introduciría. Al menos no hasta que se disponga de un cuerpo de conocimientos más sólido que el ofertado en estas páginas.

En consecuencia, parece razonable admitir que, mientras permanezcan en la asociación, todos los miembros de la misma se autoidentifiquen ante los demás como «jugadores». Ahora bien, a esto hay que hacer algunas matizaciones. En primer lugar, no vamos a ser tan ingenuos de creer que todos los jugadores rehabilitados tienen la misma percepción respecto a su estatus como jugador. Es decir, aunque explícitamente se identifiquen como tal, sus pensamientos toman con frecuencia otros derroteros. No es que no estén completamente seguros de su rehabilitación, al menos no todos ellos, pero sí que albergan dudas más que razonables. Con frecuencia aducen que no necesitan jugar, y que prefieren no participar en ningún tipo de juego de azar. Sea ello una racionalización de un temor lógico, o el fruto de un genuino cambio de valores, lo importante es la convicción interna de haber recuperado el control. Y en definitiva, eso es precisamente lo que se persigue con la terapia.

En segundo lugar, creo conveniente ser razonables y establecer límites objetivos a la

asistencia a terapia. De esta manera podrían obtenerse las ventajas anteriormente explicadas, referentes a la mayor disponibilidad de los sujetos a someterse a un tratamiento de duración limitada más que a uno de por vida, sin poner en duda el principio de que se es jugador para siempre. Las asociaciones han dado ya ciertos pasos en este sentido, estableciendo diferentes niveles de terapia, que el jugador en rehabilitación va recorriendo en función del tiempo que lleva sin jugar y de sus sentimientos hacia el juego. Sin duda, es necesario un esfuerzo mayor por objetivar el cambio de un nivel a otro, y por establecer el momento del alta.

La última conclusión evidente es que es indispensable el planteamiento de más investigaciones que contribuyan a separar el mito de la realidad y hagan posible la optimización de los escasos recursos disponibles para el tratamiento del juego patológico, de manera que dispongamos de un tratamiento rápido y eficaz antes de la más que posible explosión de este problema en las próximas décadas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (Trad.: *DSM-III*. Barcelona: Masson, 1984).
- Baucum, D. (1985). Arguments for self-controlled gambling as an alternative to abstention. En *Proceedings on the Sixth National Conference on Gambling and Risk Taking* (199-204). Reno: Universidad de Nevada.
- 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, 29-37.
- Blaszczynski, A. (1988). *Clinical studies in Pathological Gambling: is controlled gambling an acceptable treatment outcome?* Tesis doctoral sin publicar. Universidad de New South Wales, Australia.
- Blaszczynski, A. (1993). Revisión de tratamientos para el juego patológico. *Psicología Conductual*, 3, 409-440.
- 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, 299-306.
- Brown, R.I.F. (1985). *The effectiveness of Gamblers Anonymous*. Reno: Bureau of Business and Economic Administration Universidad de Nevada.
- Dickerson, M.G. y Weeks, S.D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers: a case study. *Journal of Experimental Psychiatry and Behaviour Therapy*, 10, 139-141.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México: Trillas.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, decision and dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Gamblers Anonymous (1977). *Gamblers Anonymous Leaflet*, Los Ángeles: Gamblers Anonymous Publishing.
- Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
- Jones, E.E., Kanouse, D.E., Kelley, H.H., Nisbett, R.E., Valins, S. y Weiner, L. (Comps.) (1972). *Attribution: perceiving the causes of behaviors*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 3, 361-374.
- Marlatt, G.A. y George, W. (1984). Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-275.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitization with other behavioural treatments of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- Nora, R.M. (1989). Inpatient treatment programs for pathological gambling. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Comps.) *Compulsive gambling: theory, research and practice* (pp.127-134). Massachusetts/Toronto: Lexington Books.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 185-187.
- Russo, A.M., Taber, J.I., McCormick, R.A. y Ramírez, L.F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 823-827.
- Taber, J.I., McCormick, R.A., Russo, A.M., Adkins, B.J. y Ramírez, L.F. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, 757-761.
- Tejeiro, R. (1996). Intervención social en el juego patológico: el papel del psicólogo de apoyo en las asociaciones de autoayuda. *Apuntes de Psicología*, 48, 95-111.