TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO

Ana Fernández-Alba Luengo
Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN

El objetivo de este estudio es realizar una revisión de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el tratamiento del juego patológico y analizar su relación con las teorías existentes en este ámbito. Se revisan las principales teorías conductuales y cognitivas desarrolladas para explicar este trastorno y se describe el modelo de Sharpe y TARRIER (1993) como teoría integradora cognitivo-conductual. Se describen la terapia aversiva, la terapia de exposición y la terapia cognitiva como principales técnicas de intervención en el juego patológico y se resumen los resultados de las investigaciones que analizan la eficacia de dichas técnicas. Se hace una reflexión sobre las directrices futuras en el tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico.

Palabras clave: juego patológico, tratamiento cognitivo-conductual, reestructuración cognitiva, técnicas de exposición

ABSTRACT

The aim of this study is to review the cognitive-behavioral techniques for pathological gambling treatment and to analyse their connexion with the actual theories on this area. It is revised the main behavioral and cognitive theories for the explanation of pathological gambling disorder. Sharpe and TARRIER's model (1993) is described as a integrative cognitive-behavioral theory. The main techniques for the pathological gambling treatment are described: Aversive therapy, exposure therapy and cognitive therapy. This study resume the results of research on cognitive-behavioral

vioral techniques efficacy. There is a reflection about future perspectives in the development of cognitive-behavioral treatment for pathological gambling disorder.

Key words: pathological gambling, cognitive-behavioral treatment, cognitive restructuring, exposure therapy

INTRODUCCIÓN

El interés científico por el juego excesivo es relativamente reciente, ya que hasta 1980 el juego patológico no se reconoce como un trastorno mental (American Psychiatric Association, APA). No obstante, a pesar de haber transcurrido escasamente dos décadas, se han desarrollado una gran diversidad de teorías explicativas del juego problema; teorías que ponen de relieve tanto factores psicológicos como biológicos. Asimismo, aunque en las nosologías al uso el juego patológico se incluye dentro de los trastornos del control de los impulsos (DSM-IV-TR, APA, 2002; CIE-10, OMS, 2000), hay otras concepciones de este trastorno que lo asemejan a un trastorno adictivo o, incluso, a un trastorno obsesivo-compulsivo. Como consecuencia, los tratamientos que hasta la actualidad se han propuesto para intervenir en este trastorno son también de índole muy variada.

Las teorías psicoanalíticas fueron las primeras en ofrecer una explicación del fenómeno del juego excesivo (Rosenthal, 1987), contribuyendo a la superación del modelo moral –por el que el juego excesivo era considerado un vicio– y la instauración de un modelo de enfermedad, que conlleva necesariamente el establecimiento de su etiología y el desarrollo de tratamientos que incidan en tales factores causales con objeto de solventar el trastorno. En la actualidad, el estado de conocimientos sobre el origen y el mantenimiento del juego problema pone de relieve tres tipos principales de factores explicativos: (a) factores biológicos, (b) factores conductuales y (c) factores cognitivos.

Las teorías biológicas consideran que existe una predisposición biológica que interactúa con los factores ambientales y psicosociales del individuo, favoreciendo el desarrollo de problemas con los juegos de azar. Por el momento, los factores de predisposición biológica hacen referencia a disfunciones neuropsicológicas (déficit de inhibición) y monoaminérgicas (déficit de serotonina) relacionadas con el control de los impulsos y a factores de vulnerabilidad genética relacionados con el sistema

dopaminérgico (Ibáñez y Sáiz, 2000); por lo que el tratamiento propuesto es de tipo farmacológico, bien a través de fármacos serotoninérgicos (clomipramina, fluvoxamina), estabilizadores del ánimo (carbonato de litio, carbamacepina) o antagonistas opiáceos (naltrexona). Aunque los estudios realizados muestran unos resultados prometedores hay que tener en cuenta, por un lado, que muchos de ellos no reúnen las condiciones metodológicas necesarias, sobre todo en relación al tamaño muestral y a la falta de control (McGurrin, 1992), y, por otro lado, la necesidad de tener en consideración otro tipo de factores no-biológicos, que también parecen desempeñar un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento del juego excesivo y, por ende, en su tratamiento.

Entre estos factores destacan los aspectos conductuales y cognitivos. Como señalan Ladouceur, Sylvain, Boutin y Doucet (2002), a diferencia de los acercamientos psicoanalíticos y biológicos, que proponen, respectivamente, que la etiología del juego excesivo está ligada a un trauma infantil o a una disfunción fisiológica, la teoría conductual considera que es una conducta aprendida y la teoría cognitiva se centra en la percepción errónea del juego, en la falsa expectativa de ganancia a largo plazo. En la actualidad, ambos acercamientos tienden a integrarse en la teoría cognitivo-conductual, la cual analiza la influencia mutua de los programas de reforzamiento y los factores cognitivos característicos de los juegos de azar en un intento de explicar el desarrollo y mantenimiento del juego problema.

El presente artículo tiene como objetivo describir y valorar la eficacia de las distintas técnicas y programas de tratamiento cognitivo-conductuales aplicados en la intervención del juego patológico y reflexionar sobre su conexión con las hipótesis y propuestas teóricas etiológicas existentes en este ámbito.

FACTORES Y MODELOS TEÓRICOS COGNITIVO-CONDUCTUALES DEL JUEGO PATOLÓGICO

PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE

A partir de los años 60, desde el ámbito de la modificación de conducta comienzan a desarrollarse varias hipótesis para explicar el juego excesivo, destacando las que se basan en los principios del condicionamiento operante. En concreto se resaltan cuatro factores que contribuyen al mantenimiento de la conducta de juego (Tavares, Zilberman y el-Guebaly,

2003): (a) el papel de los programas de reforzamiento intermitente, (b) el bajo coste de respuesta desde el punto de vista físico y económico, (c) la magnitud del reforzamiento cuando se producen premios ocasionales elevados y (d) la inmediatez del reforzamiento. Aunque la ganancia económica (premio) adquiere un papel destacado como reforzador tanto en el mantenimiento de la conducta de jugar como en el origen de dicha conducta, a través de la experiencia temprana de grandes premios; a partir de los años 80, al efecto reforzante de los premios se añadirá la excitación (activación psicofisiológica) que potencialmente pueden provocar los juegos de azar, como otro reforzador que contribuye al desarrollo y la persistencia del juego problema.

Mientras que el reforzamiento positivo parece desempeñar un papel primordial en el desarrollo y mantenimiento inicial del juego excesivo, a medida que el problema evoluciona podría adquirir mayor relevancia el reforzamiento negativo, de manera que ya no se jugaría tanto por ganar como por recuperar lo perdido o escapar de los problemas que el propio juego provoca.

Aunque desde esta perspectiva el condicionamiento operante es el eje central de las explicaciones etiológicas, el condicionamiento observacional adquiere relevancia en el origen del problema de juego, a través de la observación de los otros significativos jugando y la imitación posterior de tales conductas, sin preocuparse de las consecuencias negativas del juego, debido a la familiaridad adquirida a nivel vicario con esta actividad. Por otro lado, ante la dificultad de explicar mediante el condicionamiento operante el carácter recurrente de la conducta de jugar después de finalizar una sesión de juego o el hecho de que se produzcan recaídas tras largos períodos de abstinencia (Sharpe y Tarrier, 1993), algunos autores proponen una explicación basada en el condicionamiento clásico. Brown (1986, 1987) plantea que la activación que produce el juego facilita la asociación de la conducta de jugar con estímulos circunstanciales, que llegan a convertirse en estímulos desencadenantes de dicha conducta.

DISTORSIONES COGNITIVAS REFERIDAS AL AZAR

Desde comienzos de los años 90, los aspectos cognitivos han ido recibiendo una atención progresivamente mayor como factores etiológicos del juego problema, hasta el punto de que algunos autores consideran que la incapacidad para “tener en cuenta la independencia entre los acontecimientos sería el elemento más importante para comprender la dinámica del jugador” (Ladouceur, 1993, p. 364), siendo tales “percep-

ciones erróneas la base del desarrollo y mantenimiento de los problemas de juego” (Ladouceur et al., 2002).

La base de estos errores se encuentra, fundamentalmente, en el hecho de no tener en cuenta (a) por un lado, las expectativas de ganancia negativas que caracterizan a todos los juegos de azar y que hacen matemáticamente imposible que los jugadores que apuestan repetidamente puedan ganar o recuperar las pérdidas, y (b) por otro lado, la independencia entre jugadas como condición esencial de los juegos de azar, lo que impide el control y la predicción de resultados. El efecto de estos errores se traduce en un conjunto de distorsiones cognitivas –que actúan infravalorando la influencia del azar– de las que destacan tres principales: (a) la ilusión de control, creencia en la influencia de las propias acciones en las probabilidades de ganar; (b) la falacia del jugador, por la cual se establece una relación de dependencia entre las jugadas que facilita la creencia de que la probabilidad de un premio aumenta a medida que incrementa el número de jugadas sin premio, y (c) la atribución flexible, una manera sesgada de evaluar los resultados que hace que el jugador tienda a imputarse los éxitos, favoreciendo el recuerdo de las ocasiones en las que las predicciones se cumplen.

LA INTEGRACIÓN DE LOS FACTORES COGNITIVO-CONDUCTUALES: TEORÍA DE SHARPE Y TARRIER (1993, 2002)

La teoría cognitivo-conductual propuesta por Sharpe y Tarrier (1993), y reformulada posteriormente por Sharpe (2002), plantea una integración de los factores conductuales y cognitivos. En primer lugar, los principios del condicionamiento operante favorecen la permanencia inicial de la conducta de jugar; posteriormente, la exposición continua al programa de reforzamiento de razón variable facilita el desarrollo de expectativas irreales sobre el juego, lo que sumerge al jugador todavía más en esta actividad, y, finalmente, la experiencia de activación psicofisiológica durante el juego contribuye a establecer estímulos condicionados que desencadenan la conducta de jugar. Esta teoría, además, destaca la falta de habilidades de afrontamiento como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento del problema de juego.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO

TERAPIA AVERSIVA

Los primeros tratamientos conductuales del juego patológico se basaban en el condicionamiento aversivo. El objetivo de estas técnicas aversivas es la reducción o eliminación de la frecuencia de la conducta de jugar a través de su asociación con estímulos aversivos presentados en vivo, generalmente una pequeña estimulación eléctrica, o en forma de sensibilización encubierta. En la tabla 1 se recogen los principales estudios que analizan la eficacia de tales técnicas. Como puede observarse, la mayoría de estos trabajos se han realizado en la década de los 60-70 y suelen ser estudios de casos que en muchas ocasiones sólo consiguen la reducción de la conducta problema. De hecho, Tavares et al. (2003) ponen de relieve que los resultados de dos estudios que comparan la terapia de aversión con otras modalidades de tratamiento (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983; McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991) no confirman el entusiasmo inicial derivado de algunos informes de casos.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN

La aplicación de las diversas técnicas de exposición en el tratamiento del juego patológico coincide con la propuesta de Brown (1987) de retomar el paradigma del condicionamiento clásico en la explicación del juego problema, pero poniendo el énfasis en la exposición a estímulos clave del juego. Asimismo, la similitud establecida entre el juego patológico y el trastorno obsesivo-compulsivo ha favorecido su uso, debido a los logros terapéuticos alcanzados con estas técnicas en los trastornos de ansiedad.

La justificación teórica del uso de las técnicas de exposición reside en el papel de la activación durante el juego y su asociación con estímulos relacionados con esta actividad. El objetivo de la desensibilización sistemática sería producir un contracondicionamiento a través del cual tales estímulos acaben provocando la aparición de la nueva respuesta incompatible con la activación que generan estos estímulos. En el caso de la exposición con prevención de respuesta, el objetivo terapéutico es provocar habituación ante los estímulos que anteceden a la conducta de jugar y, por tanto, la extinción de la misma. No obstante, ambas explicaciones teóricas conllevan una concepción del juego problema como una adicción, donde la activación experimentada ante los estímulos asocia-

TABLA 1

Estudios que analizan la eficacia de las técnicas aversivas

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Barker y Miller (1968)	Estimulación eléctrica	3	1 abstinente 2 mejorados (episodio recaída)	meses-2 años
Goorney (1968)	Estimulación eléctrica	1	abstinente	1 año
Seager (1970)	Técnica aversiva + terapia de apoyo + Jugadores Anónimos	16	31% abstinente 12% mejorado (reducción) 19% recaída 37% abandono	6 meses-3 años
Cotler (1971)	Sensibilización encubierta + otras técnicas (reforzamiento positivo + práctica masiva + actividades alternativas)	1	Mejorado (recaída)	9 meses
Koller (1972)	Estimulación eléctrica	16	31% abstinente 25% mejorado (reducción) 44% fracaso	6 meses-2 años
Bannister (1977)	Sensibilización encubierta + Terapia Racional Emotiva	1	abstinente	2 años y medio
Greenberg y Marks (1982)	Sensibilización encubierta + exposición	7	3 mejorados (reducción)	0 - 6 meses
McConaghy et al. (1983)	Estimulación eléctrica	10	20% juego controlado 10% mejorado (reducción) 70% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento	6	33% juego controlado	2 - 9 años
Blaszczyński y McConaghy (1993)	(técnica aversiva)	(20)	66% fracaso	
Fuente: Fernández-Alba (1999) y Fernández-Alba y Labrador (2002)				() = N original

dos al juego se manifiesta en forma de deseo o craving, lo que a su vez implica aceptar que los jugadores padecen, en algún grado, un «estado de abstinencia» (Fernández-Alba y Labrador, 2002).

En el caso del juego patológico el procedimiento de aplicación de la desensibilización sistemática se realiza en imaginación, mientras la exposición con prevención de respuesta es en vivo. Por otro lado, la exposición en vivo suele aplicarse en combinación con el control de estímulos, una técnica que contribuye, a corto plazo, a romper la cadena de con-

TABLA 2

Estudios que analizan la eficacia de la desensibilización sistemática

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
McConaghy et al. (1983)	D.S. en imaginación	10	20% abstinentes 50% juego controlado 30% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1988)	D.S. en imaginación	10	10% abstinentes 20% juego controlado 20% mejorados (reducción) 50% sin cambios o con una mínima reducción	1 año
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en	33	30% abstinentes	2-9 años
Blażczynski y McConaghy (1993)	régimen de internamiento (D.S. en imaginación)	(60)	48% juego controlado 21% fracaso	
Fuente: Fernández-Alba (1999) y Fernández-Alba y Labrador (2002)				() = N original

ductas de juego, facilitando la posterior aplicación de la exposición con prevención de respuesta.

Las tablas 2 y 3 recogen los principales estudios sobre eficacia de las técnicas de exposición. Los datos de estudios controlados son escasos, pero parecen indicar una superioridad de la desensibilización sistemática en imaginación con respecto a las técnicas aversivas (McConaghy et al., 1983) y de la exposición en vivo sobre la reestructuración cognitiva (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996; Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002). En un estudio (McConaghy et al., 1991) en el que se comparan ambas técnicas de exposición se encuentra una diferencia significativa a favor de la desensibilización sistemática. A pesar de estos resultados, no es una técnica muy utilizada en este ámbito, quizá debido a la dificultad de justificar su uso tanto a nivel teórico como aplicado.

TERAPIA COGNITIVA: REESTRUCTURACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS REFERIDAS AL AZAR

La terapia de reestructuración cognitiva se centra en la identificación de creencias erróneas sobre el juego y su sustitución por pensamientos más realistas. El desarrollo de la terapia cognitiva para el tratamiento del juego patológico es relativamente reciente, ya que se produce en la década

TABLA 3
Estudios que analizan la eficacia del control de estímulos
y la exposición con prevención de respuesta

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Greenberg y Rankin (1982)	Exposición con prevención de respuesta (incluía parada de pensamiento o sensibilización encubierta ante la urgencia de jugar) + control estimular	26	19% abstinentes 27% mejorado (períodos de juego) 54% abandono	9 meses-4 años y medio
Rankin (1982)	Control estimular	1	mejorado (alcanzado el objetivo de juego controlado en la mayoría de las ocasiones)	2 años
González et al. (1990a)	Tratamiento ambulatorio en grupo (control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + programación de actividades alternativas + prevención de recaídas)	(16) 6	17% recaída 83% abstinentes	no especificado
González et al. (1990b)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + terapia de grupo (con asistencia de los familiares)	67	16% abstinentes 36% en tratamiento 48% abandono	no especificado
Aranda et al. (1991)	Control estimular + contrato conductual + manejo de contingencias + discusión sobre las leyes del azar + terapia de grupo para prevenir las recaídas + habilidades de coping + exposición con prevención de respuesta + solución de problemas	1	abstinentes	6 meses
Arribas y Martínez (1991)	Exposición con prevención de respuesta + control estimular + prevención de respuesta	4	100% abstinentes	6 meses
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición prolongada en vivo)	4	25% abstinentes	2-9 años
Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición prolongada en vivo)	(10)	25% juego controlado 50% fracaso	
McConaghy et al. (1991)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición breve en vivo)	6	17% abstinentes	2-9 años
Blaszczynski y McConaghy (1993)	Programa de tratamiento en régimen de internamiento (exposición breve en vivo)	(10)	50% juego controlado 33% fracaso	
Sharpe y Tarrier (1992)	Control estimular + actividades alternativas + entrenamiento en relajación progresiva + exposición en imaginación y en vivo + reestructuración cognitiva	1	Abstinentes (1 caída)	10 meses
Echeburúa et al. (1994, 1996)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta	16	75% abstinentes 68,8% abstinentes	6 meses 12 meses
Echeburúa et al. (1994, 1996)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + reestructuración cognitiva grupal	16	37,5 abstinentes 37,5 abstinentes	6 meses 12 meses
Báez y Echeburúa (1995)	Control estimular + exposición con prevención de respuesta + prevención de recaídas	1	Abstinentes (1 caída en el 4º mes)	2 años
Sevilla y Pastor (1996)	Terapia cognitiva + exposición con prevención de respuesta + prevención de recaídas	1	Abstinentes	1 año
Symes y Nicki (1997)	Exposición con prevención de respuesta	2	Reducción significativa	No especificado
Fernández-Alba (1999)	Control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas	20	30% abstinentes	12 meses
Labrador y Fernández-Alba (2002)	Control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + reestructuración de distorsiones cognitivas referidas al azar	20	55% abstinentes	12 meses
Fernández-Alba (1999)	Control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + reestructuración de distorsiones cognitivas referidas al azar	20	55% abstinentes	12 meses
Labrador y Fernández-Alba (2002)	Control estimular + exposición in vivo con prevención de respuesta + desarrollo de actividades gratificantes alternativas + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + reestructuración de distorsiones cognitivas referidas al azar	20	55% abstinentes	12 meses

Fuente: Fernández-Alba (1999) y Fernández-Alba y Labrador (2002), ampliado

() = N original

TABLA 4

Estudios que analizan la eficacia de la reestructuración cognitiva

AUTOR	TÉCNICA	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Toneatto y Sobell (1990)	Terapia cognitiva	1	mejorado (reducción)	6 meses
Ladouceur et al. (1998)	Reestructuración cognitiva	5	60% abstinente 20% mejorado (2 recaídas) 20% fracaso	6 meses
Sylvain y Ladouceur (1992)	Reestructuración cognitiva + prevención de recaídas	3	33% abstinente 66% reducción en el juego	6 meses
Bujold et al. (1994)	Reestructuración cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas	3	100% abstinente	9 meses
Ladouceur et al. (1994)	Reestructuración cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	4	75% abstinente 25% mejorado (1 recaída al mes de haber finalizado el tratamiento)	6 meses
Sylvain et al. (1997)	Reestructuración cognitiva + solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	14 (22)	71% abstinente 29% abandono	6 meses
Ladouceur et al. (2003)	Tratamiento grupal: Reestructuración cognitiva + prevención de recaídas	34	67% abstinentes 69% abstinentes 68% abstinentes	6 meses 12 meses 24 meses
Fernández-Alba (1999)	Reestructuración cognitiva	20	15% abstinentes	12 meses
Labrador y Fernández-Alba (2002)	+ entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas			
Fernández-Alba (1999)	Reestructuración cognitiva	20	15% abstinentes	12 meses
Labrador y Fernández-Alba (2002)	+ entrenamiento en solución de problemas + prevención de recaídas + exposición en vivo con prevención de respuesta			

da de los 90; sin embargo, es una de las modalidades de intervención más estudiadas en este campo (Tavares et al., 2003).

El procedimiento de aplicación, propuesto por Ladouceur y colaboradores (Ladouceur et al., 2002), conlleva, en primer lugar, la observación y auto-observación retrospectiva de una sesión de juego reciente, con objeto de detectar ideas erróneas sobre el juego y el uso de estrategias para ganar. A partir de esta información se irán realizando una serie de ejercicios, en formato de discusión socrática, que ayuden al jugador a (a) darse cuenta de la naturaleza destructiva de los juegos de azar; (b) incrementar la motivación de cambio, analizando los pros y contras tanto de seguir jugando como de dejar de jugar; (c) entender el concepto de azar; (d) comprender cuáles son los errores de pensamiento y las consecuencias que tienen en la toma de decisiones; (e) reemplazar estos pensamientos por otros que reflejen de forma más precisa la realidad del juego y que estén en consonancia con el objetivo de dejar de jugar.

La investigación sobre la eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento del juego patológico ha sido desarrollada fundamentalmente por el equipo de Ladouceur. Aunque gran parte de estas investigaciones son estudios de casos (véase tabla 4), cabe destacar varios estudios controlados (Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997; Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003) que señalan una tasa de abstinencia que ronda el 70% entre los 6-24 meses de seguimiento. Sin embargo, la tasa de abandono suele ser elevada (Ladouceur et al., 2001). Otros autores (Fernández-Alba, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 2002) han aplicado la terapia cognitiva en el marco de un paquete de intervención más amplio, obteniendo tasas de abstinencia inferiores, entre el 15-55% (véanse tablas 3 y 4), fundamentalmente cuando dicha técnica constituye el núcleo del tratamiento. Esta discrepancia de resultados puede deberse a una forma de realización de la terapia cognitiva más directiva, con menos diálogo socrático, y a un número de sesiones también menor (Ladouceur, 2001, comunicación personal), así como a la inclusión de los abandonos a lo largo de la intervención en la tasa de fracaso terapéutico.

En general, parece que los jugadores que reciben una intervención cognitiva, en solitario o junto con otras técnicas conductuales, muestran una disminución de la frecuencia y el deseo de jugar y un incremento de la percepción de control y de la auto-eficacia (Tavares et al., 2003).

PERSPECTIVAS FUTURAS EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL JUEGO PATOLÓGICO

El futuro próximo de la investigación en el tratamiento del juego patológico debería venir marcado por las palabras de Salkovskis (2002), que señala que el acercamiento de la terapia cognitivo-conductual al campo de la evidencia empírica debería ser doble: (1) los principios del tratamiento deben basarse en una teoría sobre el mantenimiento de un problema específico que esté apoyada científicamente, y (2) los procedimientos del tratamiento deben basarse en la mejor evidencia disponible sobre un paquete de tratamiento y los componentes que podrían ser añadidos o modificados.

Las teorías conductuales y cognitivas parecen contribuir de forma relevante a la explicación del desarrollo y mantenimiento del juego problema; no obstante, quedan por resolver algunos aspectos importantes. Como ponen de manifiesto Blaszczynski y Silove (1995), si los principios del condicionamiento operante son suficientes, todos los sujetos expuestos al juego llegarían a ser, con el tiempo, jugadores patológicos. Algo parecido puede afirmarse sobre los principales factores etiológicos propuestos, sobre todo en lo referente a las distorsiones cognitivas referidas al azar, ya que aparecen, en mayor o menor medida, en todas las personas al enfrentarse a tareas de tipo probabilístico. Entonces, ¿dónde reside la diferencia?. Quizá sea necesario analizar estos factores a nivel tanto cuantitativo como cualitativo. Por otro lado, siguiendo la propuesta de Sharpe y Tarrier (1993), parece relevante la integración de los factores conductuales y cognitivos; no obstante, como plantea el propio Sharpe (2002), esta propuesta es hipotética y, en consecuencia, precisa ser contrastada para superar su estatus especulativo. Por tanto, se necesita esclarecer empíricamente la relación entre ambos factores en forma de relaciones funcionales operativas, de acuerdo con las características y criterios propuestos, entre otros, por Haynes y O'Brien (1990, 2000) o Kazdin (2003). De hecho, algunos estudios (Coulombe, Ladouceur, Desharnais y Jobin, 1992; Sharpe, Tarrier, Schotte y Spence, 1995) encuentran una correlación positiva entre las verbalizaciones irracionales y la tasa cardíaca, lo que sugiere que los procesos cognitivos podrían estar mediando en el incremento de la activación psicofisiológica. Otros autores, sin embargo, sugieren que el peso inicial de las distorsiones cognitivas es sustituido por respuestas condicionadas (Coventry y Norman, 1998).

Los tratamientos cognitivo-conductuales también han demostrado su eficacia en el tratamiento de este trastorno. No obstante, se precisa de un mayor número de estudios controlados, que empleen además estrategias constructivas (¿qué componentes pueden ser añadidos para mejorar el cambio terapéutico?) y de desmantelamiento (¿qué componentes son necesarios, suficientes y facilitadores del cambio terapéutico?) (Bryant, Windle y West, 1997). Algunos de los estudios revisados proponen paquetes de intervención que incluyen diversidad de técnicas cognitivo-conductuales, que, sin embargo, no incrementan proporcionalmente la eficacia del tratamiento o, incluso, muestran una eficacia menor que intervenciones más sencillas en el número de técnicas empleadas. En este sentido puede destacarse el estudio de Echeburúa et al. (1994, 1996) que muestran cómo el tratamiento que incluye componentes cognitivos y conductuales consigue una tasa de abstinencia significativamente inferior al tratamiento exclusivamente conductual.

En definitiva, el desarrollo de unas teorías explicativas contrastadas empíricamente permiten desarrollar tratamientos más ajustados a la problemática objeto de estudio (especialmente necesario en el ámbito del juego patológico, en el que la elección de tratamientos viene dada, en muchos casos, por su equiparación con otros trastornos para los que se dispone de intervenciones contrastadas), y, a su vez, la valoración empírica de las técnicas de intervención contribuye a validar las teorías en las que supuestamente se fundamentan. Por este motivo, cabe destacar la necesidad de analizar los efectos de los componentes terapéuticos sobre las variables que teóricamente pretenden modificar. Este último punto lleva necesariamente a reflexionar sobre los efectos de algunas técnicas, especialmente las de exposición, cuyo mecanismo de actuación en el caso del juego patológico no se ha esclarecido: ¿Se produce habituación a la tensión provocada por resistirse a jugar cuando hay una oportunidad, se desarrollan estrategias de afrontamiento ante dicha situación o se modifican creencias erróneas al ver a otros jugar?

Correspondencia:

Ana Fernández-Alba Luengo
Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I
(Psicología Clínica)
Campus de Somosaguas. 28223 Madrid

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aranda, J.A.; Díaz, C.; García, J.L., y González, J. (1991). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual del juego patológico. *Clínica y Salud* 2:179-195.
- Arribas, M.P., y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta* 17:255-269.
- Báez, C., y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta* 21:125-145.
- Bannister, G. (1977). Cognitive and behavior therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research* 1:223-227.
- Barker, J.C., y Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 146:285-302.
- Blaszczynski, A., y McConaghy, N. (1993). A two to nine year treatment follow-up study of pathological gambling. En: W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- Blaszczynski, A., y Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 11:195-220.
- Brown, R.I. (1986). Arousal and sensation-seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *International Journal of Addictions* 21:1001-1016.
- Brown, R.I. (1987). Gambling addictions, arousal, and an effective/decision-making explanation of behavioral reversions or relapses. *International Journal of Addictions* 22:1053-1067.

- Bryant, K.J.; Windle, M., y West, S.G. (1997). *The science of prevention. Methodological advances from alcohol and substance abuse research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bujold, A.; Ladouceur, R.; Sylvain, C., y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 25:275-282.
- Cotler, S.B. (1971). The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy* 2:579-584.
- Coulombe, A.; Ladouceur, R.; Desharnais, R., y Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players. *Journal of Gambling Studies* 8:235-244.
- Coventry, K., y Norman, A.C. (1998). Arousal, erroneous verbalizations and the illusion of control during a computer-generated gambling task. *British Journal of Psychology* 89:629-645.
- Echeburúa, E.; Báez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta* 20:617-643.
- Echeburúa, E.; Báez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 24:51-72.
- Fernández-Alba, A. (1999). *Tratamiento psicológico del juego patológico en jugadores de máquinas recreativas con premio [CD-ROM]*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Alba, A., y Labrador, F.J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Editorial Síntesis.
- González, A.; Mercadé, P.V.; Jaumá, J., y Pérez, O. (1990a). Importancia del grupo en un programa multimodal para el tratamiento del juego patológico. XVIII *Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Barcelona, septiembre.
- González, A.; Pastor, C.; Mercadé, P.V., y Aymamí, N. (1990b). Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico. XVIII *Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Barcelona, septiembre.
- Goorney, A.B. (1968). Treatment of a compulsive horse race gambler by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry* 114:329-333.
- Greenberg, D., y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry* 140:364-366.

- Griffiths, M.D. (1995). *Adolescent gambling*. London: Routledge.
- Haynes, S.N., y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review* 10:649-668.
- Haynes, S.N., y O'Brien, W.H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Nueva York: Kluwer academic Press.
- Ibáñez, A., y Sáiz, J. (2000). *La ludopatía: una «nueva» enfermedad*. Barcelona: Masson.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Koller, K.M. (1972). Treatment of poker-machine addicts by aversion therapy. *The Medical Journal of Australia* 1:742-745.
- Labrador, F.J., y Fernández-Alba, A. (2002). Treatment of pathological gambling. En C. von Hofsten y L. Bäckman (Eds.), *Psychology at the turn of the millennium* (vol. 2): *Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 271-301). Florence, KY: Taylor & Frances/Routledge.
- Ladouceur, R. (2001). *Desarrollos de investigación en el tratamiento del juego patológico*. Seminario Internacional Complutense «Perspectivas Actuales y Retos Futuros en el Tratamiento Psicológico». Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 18-20 abril.
- Ladouceur, R.; Boisvert, J.M., y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification* 18:230-242.
- Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual* 1:361-374.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C., y Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C.; Lachance, S.; Doucet, C., y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy* 41:587-596.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C.; Lachance, S.; Doucet, C.; Leblond, J., y Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189:774-780.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Letarte, H.; Giroux, I., y Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behaviour Research and Therapy* 36:1111-1119.
- McConaghy, N.; Armstrong, M.S.; Blaszczynski, A., y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry* 142:366-372.

- McConaghy, N.; Armstrong, M.S.; Blaszczynski, A., y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification* 12:371-384.
- McConaghy, N.; Blaszczynski, A., y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 159:390-393.
- McGurrin, M.C. (1992). *Pathological gambling: Conceptual, diagnostic, and treatment issues*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- OMS (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Rankin, H. (1982). Control rather than abstinence as a goal in the treatment of excessive gambling. *Behavior Research and Therapy* 20:185-187.
- Rosenthal, R.J. (1987). The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature. En: T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 41-70). Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publisher.
- Salkovskis, P.M. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 30:3-9.
- Seager, C.P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry* 117:545-553.
- Sevilla, J., y Pastor, C. (1996). Un caso complejo de juego patológico. *Psicología Conductual* 4:253-262.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review* 22:1-25.
- Sharpe, L., y Tarrier, N. (1992). A cognitive-behavioral treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 6:193-203.
- Sharpe, L., y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry* 162:407-412.
- Sharpe, L.; Tarrier, N.; Schotte, D., y Spence, S.H. (1995). The role of automatic arousal in problem gambling. *Addiction* 90:1529-1540.
- Sylvain, C., y Ladouceur, R. (1992). Correction cognitive et habitudes de jeu chez les joueurs de poker vidéo. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement* 24:479-489.
- Sylvain, C.; Ladouceur, R., y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65:727-732.

- Symes, B.A., y Nicki, R.M. (1997). A preliminary consideration of cue-exposure, response-prevention treatment for pathological gambling behaviour: Two case studies. *Journal of Gambling Studies* 13:145-157.
- Tavares, H.; Zilberman, M.L., y el-Guebaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Canadian Journal of Psychiatry* 48:22-27.
- Toneatto, T., y Sobell, L.C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: a case report. *Addictive Behaviors* 15:497-501.