

## TERAPIA DE CONDUCTA Y TRATAMIENTO NO SINTOMÁTICO EN UN CASO DE JUEGO PATOLÓGICO

**Fernando Fernández  
Iver Hand  
Brigitte Friedrich**

Unidad de Modificación de Conducta del Hospital Psiquiátrico Universitario de Hamburgo

### RESUMEN

*Para el entendimiento y tratamiento de jugadores patológicos, en la literatura ha sido utilizado con frecuencia el paradigma de la adicción; sin embargo, la descripción de modelos alternativos, como el "multimodal", a pesar de su interés terapéutico, son descritos raramente.*

*En el presente estudio ha sido utilizado un diseño de línea base para evaluar la efectividad de un procedimiento conductual no centrado en los síntomas, bajo un paradigma multimodal, en un caso de juego patológico.*

*Los objetivos del tratamiento consistieron en una reducción de los factores causales y/o mantenedores de la conducta de juego, como la ansiedad social y déficits en habilidades sociales en el presente caso, como medio para reducir indirectamente su comportamiento excesivo de juego. El tratamiento consistió en 15 sesiones donde fueron aplicados entrenamientos en habilidades conversacionales y asertivas durante un período de 5 meses.*

*Nuestros resultados indicaron una asociación positiva entre depresión y su conducta de juego. Asimismo, encontramos que*

*este procedimiento terapéutico se mostró efectivo con este tipo de pacientes y redujo notablemente su conducta de juego. Esta mejora se mantuvo a lo largo de un año de seguimiento.*

**Palabras clave:** JUEGO PATOLÓGICO, INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, TRATAMIENTO, CASO-ÚNICO.

## SUMMARY

*To understand the pathological gamblers and their treatment, frequently in the literature has been used the addiction paradigm. However, the description of alternative paradigms, such as the "multimodal", spite of its therapeutical interest are rare described.*

*In the present single-case study, is used a baseline design to assess the effectiveness of a non-symptom oriented behavioural approach, under a multimodal paradigm, on a case of pathological gambling. The treatment goals were to reduce the conditions under which the gambling behavior was acquired and the factors which are now manteneing it, such as social anxiety and deficits on communication skills. The treatment consisted of 15 sessions were conversational and assertive skills training were applied over a period of 5 months.*

*Our results indicated an association between depression and pathological gambling. Furthermore, we found that this therapeutical approach was succesfull with such patients in the reduction of their excessive gambling behaviour. This improvement was maintained during one year follow-up.*

**Key Words:** PATHOLOGICAL GAMBLING; THERAPEUTICAL INTERVENTIONS; TREATMENT; SINGLE-CASE DESIGN.

## I. INTRODUCCIÓN

Los jugadores patológicos se caracterizan principalmente, según los criterios diagnósticos DSM-IV (APA, 1994), por poseer una conducta de juego excesiva, en muchos casos como estrategia de escape o evitación ante otros problemas; y por presentar un estado

de ánimo depresivo e irritable especialmente al intentar reducir su frecuencia de juego. Asimismo, mentiras continuas, dificultades económicas y conductas delictivas son observadas con frecuencia en este tipo de pacientes.

Respecto al procedimiento terapéutico a emplear en esta patología, se encuentran descritos en la literatura reciente principalmente tratamientos sintomáticos, y más concretamente procedimientos de exposición con prevención de respuesta (González, 1989; Filteau, Baruch y Vincent, 1992; Echeburúa y Báez, 1990; Echeburúa y Baez, 1994; Báez y Echeburúa, 1995). En la mayoría de éstos, se parte de la hipótesis básica, no demostrada experimentalmente, de que los jugadores patológicos padecen de una "adicción", como es el caso de pacientes toxicómanos y/o alcohólicos. Sin embargo, en la actualidad, numerosos trabajos científicos sustentan la opinión de que esta patología es una expresión sintomática de otras enfermedades mentales o trastornos primarios (Hand, 1992; Hand, Fernández y Friedrich, 1995; Kröber, 1991; McCormik, 1994), y no tan sólo la consecuencia o expresión de una personalidad "adictiva" de base.

A finales de los años 70 principios de los 80, desarrollamos un modelo teórico dentro del marco de la modificación de conducta, que denominamos con el nombre de "modelo multimodal o de la neurosis" (Hand y Kaunisto, 1984), que sirviese como alternativa al "modelo de la adicción" en el entendimiento y tratamiento de esta patología. Según este modelo causa-efecto (ver Hand, 1991 y Hand, Fernández y Friedrich, 1995), la presencia de un trastorno neurótico y/o de personalidad de base en jugadores patológicos sería descrito como el agente causante o desencadenante de la conducta de juego, y por tanto el objetivo principal de todo tratamiento.

El presente caso clínico, un paciente de 29 años de edad y varón, atendido en nuestro Servicio de Psiquiatría a causa de su conducta excesiva de juego en máquinas tragaperras, sería de importancia por tres motivos principales: en primer lugar, servir como ejemplo práctico de un procedimiento terapéutico conductual no sintomático con jugadores patológicos. En segundo lugar, la edad del paciente (menor de 30 años) y su sexo (varón), serían representativos de la población clínica que se ve con más frecuencia en unidades

especializadas de tratamiento del juego patológico. De hecho, los más de 1000 pacientes explorados en nuestro Servicio de Psiquiatría en los últimos 10 años, indican que un 70% de ellos presentaban edades menores de 35 años (Hand, Fernández y Friedrich, 1995). Estos resultados coincidirían con los aportados en estudios clínicos en España (González, 1994; Ochoa y Labrador, 1994). Finalmente, el tipo de conducta de juego (máquinas tragaperras), sería representativo del tipo de juego predominante en los pacientes que acuden normalmente a tratamiento (González, 1994; Baez y Echeburúa, 1995), y que en nuestro Servicio representan más del 85% (Klepsh, Hand, Wlazlo, Friedrich, Fischer y Bodeck, 1989).

## II. EXPOSICIÓN DEL CASO

### 2.1. Datos demográficos

Nombre: Ramón

Edad: 29 años

Estado civil: soltero

Profesión: mecánico de coches.

### 2.2. Motivo de consulta

Aconsejado por su médico de cabecera, el paciente se presentó en la consulta externa de nuestro Servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Hamburgo. El motivo de consulta principal era su "adicción" al juego.

Durante la primera entrevista, el paciente presentaba una motivación escasa, y venía presionado por su novia que amenazaba con la separación en caso de que él no redujese su conducta excesiva de juego y se pusiese en manos de un especialista.

Una vez realizada la primera entrevista, donde tuvo lugar la correspondiente orientación diagnóstico-terapéutica, y tras un tiempo de espera de 3 meses, el paciente comenzó un tratamiento en nuestra Unidad de juego patológico.

### **2.3. Descripción del problema**

Ramón manifestaba presentar una conducta de juego exclusivamente con máquinas tragaperras desde que tenía 19 años (1983), con un empeoramiento desde 1985. El jugaba mayoritariamente tras su jornada laboral y en los fines de semana, con una frecuencia mensual de entre 5 y 7 veces. Su duración media de juego era de 2 a 5 horas ("hasta que el dinero se termina completamente"). Sus pérdidas mensuales de dinero solían oscilar entre 700-1.100 Marcos alemanes (60.000 a 95.000 ptas/mes). Las deudas debidas al juego superaban los 15.000 Marcos alemanes (1.300.000 ptas.). El paciente cumplía criterios diagnósticos de "juego patológico" según el manual de diagnóstico DSM-IV (APA, 1994).

Por otro lado, el paciente sufría de depresión y se quejaba de tener pocos contactos sociales o amigos, y de presentar con frecuencia ansiedad ante relaciones interpersonales.

El paciente no consumía ningún tipo de sustancias tóxicas (alcohol, nicotina o drogas), ni había recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico alguno.

### **2.4. Datos biográficos**

Ramón nació y creció en una pequeña ciudad al sur de Hamburgo (1964), en el seno de una familia humilde, junto con dos hermanos, uno de los cuales había muerto de leucemia cuando el paciente tenía 10 años de edad (1974). Asimismo, Ramón describió haber tenido una infancia difícil, con pocos contactos sociales y amigos. Conflictos frecuentes en la familia, debidos en su mayor parte al alcoholismo del padre y a la falta de cohesión y comunicación familiar, habían marcado negativamente su infancia y temprana adolescencia.

El paciente se describió a sí mismo como una persona introvertida, tímido para con las mujeres y jefes en el trabajo, y con miedos frecuentes ante las relaciones y contactos sociales. Su rendimiento escolar fué mediocre.

1982: Tras haber finalizado su formación escolar básica, y tras varios intentos fallidos por encontrar una plaza vacante de

formación profesional, e influido por su padre, Ramón decidió hacerse soldado profesional. Esta situación reforzó en él su estado de aislamiento social e insatisfacción, y generó en el paciente una consecuente depresión (principios de 1983).

1985: Intento fallido por anular su contrato laboral con el ejército.

1986: Abandono de su labor en el ejército e inicio de formación profesional en la rama de automecánica.

Sus relaciones con mujeres siempre fueron escasas, de corta duración e insatisfactorias; sin embargo, desde 1991 posee una relación estable de pareja, con quien vive actualmente en un piso común.

### III. ANÁLISIS FUNCIONAL

#### 3.1 Estímulos discriminativos de la conducta de juego (ver Figura 1)

- Discusiones con el jefe en el trabajo.
- Reacción inadecuada y no asertiva con compañeros de trabajo.
- Discusiones con su novia.
- Situaciones sociales en las que el paciente se reprochaba no haber dicho lo que realmente deseaba, pensaba o sentía.
- No saber qué hacer durante su tiempo libre. Aburrimiento.
- Sentimientos y pensamientos depresivos.

#### 3.2. Respuestas

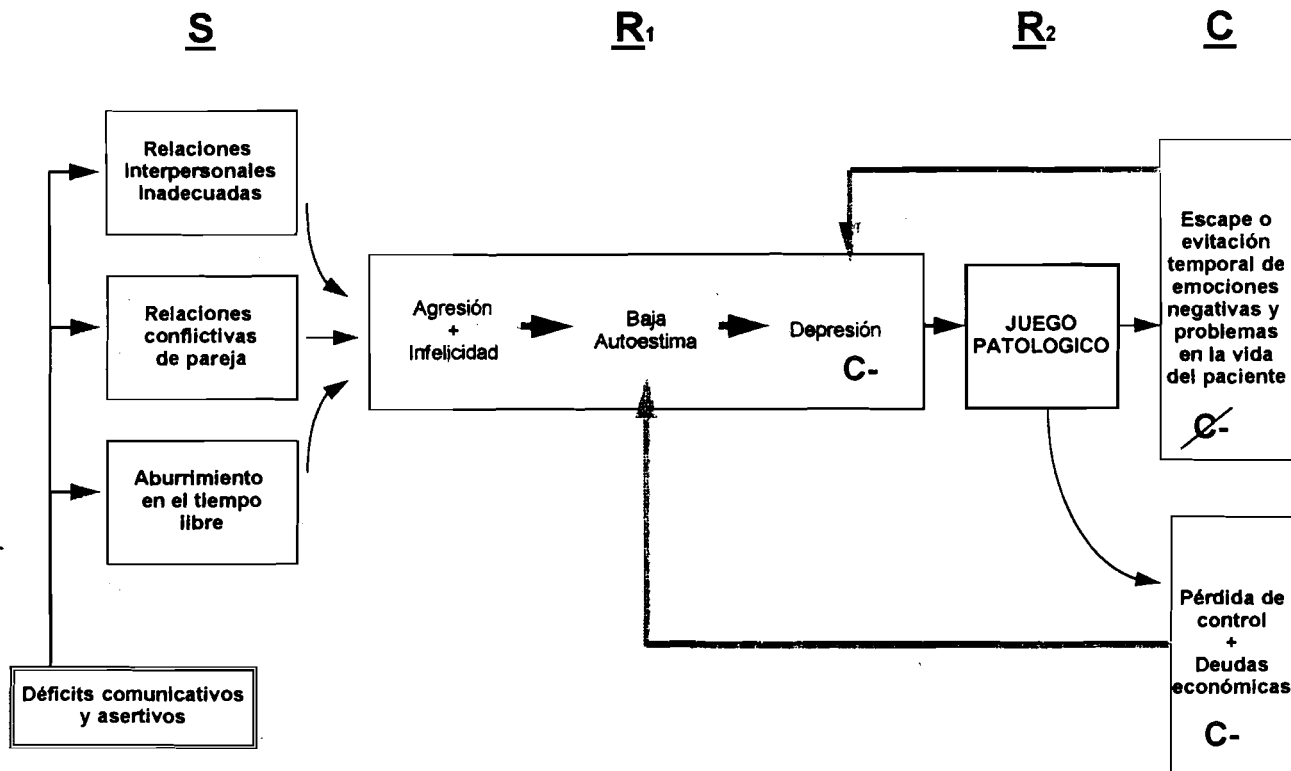
##### 3.2.1 Area fisiológica

- Sudoración de manos y palpitations. Aumento de la tensión corporal.

##### 3.2.2. Area cognitiva

Pensamientos de desvalorización personal y de contenido depresivo ("no he reaccionado nuevamente como deseaba"; "no sirves para nada"; "este aburrimiento es insoportable" "siempre estoy solo"; "nadie te aprecia o te tiene en consideración").

FIGURA 1.- Esquema funcional del paciente y jerarquización de problemas



Nota: S: Estímulos; R<sub>1</sub> y R<sub>2</sub>: Reacciones; C: Consecuencias; C-: Consecuencia aversiva; C: Evitación o escape de consecuencia aversiva.

### **3.2.3. Area emocional**

Sentimiento de ira y enfado. Agresión respecto a una determinada persona y/o sí mismo. Depresión.

### **3.2.4. Area motora**

Conducta de juego

## **3.3. Consecuencias**

### **3.3.1. A corto plazo**

#### *a) Internas*

- Reducción temporal de sentimientos negativos (depresión, agresión, ira, aburrimiento)( -).
- Reducción temporal de tensión corporal ( -).
- Sentimiento de pérdida de control ante la conducta del juego (C-).
- Sentimiento de baja autoestima y depresión secundaria a la conducta de juego (C-).

#### *b) Externas*

- Discusiones continuas con su novia (C-).
- No necesidad de afrontamiento/discusión con su novia o jefe de trabajo ante situaciones problema o ante situaciones de desacuerdo ( -).
- No necesidad de búsqueda "activa" de solución ante su aislamiento social ( -).
- Deudas económicas continuas (C-).
- Ocupación parcial de su tiempo libre (C+).

### **3.3.2. A largo plazo**

#### *a) Internas*

- No necesidad de reconocimiento a sí mismo de la presencia de déficits en habilidades sociales (C-).
- Acentuación de un pobre auto-concepto ("siempre estarás solo,



sin amigos"; "eres un adicto") y cronificación de su estado de ánimo depresivo (C-).

- Aumento de la tensión corporal (C-).

*b) Externas*

- Empeoramiento de la relación de pareja (C-).
- Aislamiento social y pérdida de los pocos contactos sociales que poseía debido a su conducta de juego y las deudas económicas para con ellos (C-).
- Encerramiento en su relación de pareja y conducta de dependencia para con su novia (C-).

### **3.4. Variables mantenedoras del trastorno**

- Déficits en habilidades conversacionales.
- Déficits en comportamiento asertivo.
- Miedos sociales y conducta de evitación ante situaciones sociales.
- Conducta sobreprotectora y toma de decisiones por parte de su novia.
- Escasa estrategias de resolución de problemas por parte del paciente.

### **3.5. Hipótesis explicatorias del trastorno**

#### **3.5.1. Funcionalidad Intrapersonal o intrapsíquica**

En Ramón, el juego patológico se encuentra claramente relacionado con su estado de ánimo depresivo. Su conducta excesiva de juego le sirve como estrategia de reducción y/o evitación temporal de estas emociones negativas que aparecen en él, con frecuencia como reacción ante déficits comunicativos y sociales, soledad y aburrimiento.

#### **3.5.2. Funcionalidad Interpersonal o interaccional:**

Tras situaciones sociales insatisfactorias (situaciones laborales y de pareja), Ramón reaccionará con frecuencia con una conducta

de juego, que le servirá para reducir los sentimientos de ira y agresión que aparecen como consecuencia.

#### IV. VARIABLES DEPENDIENTES

A través de un diseño conductual de línea base (A-B-A) realizamos determinadas objetivaciones conductuales para estimar la eficacia un tratamiento no sintomático en la reducción de la conducta de juego. El período de línea base, durante el cual no se realizó ninguna intervención, coincidió con el tiempo de espera y fué de tres meses. La fase de tratamiento tuvo una duración de 5 meses (15 sesiones, una cada semana), tras la cual se llevó a cabo una fase de seguimiento que consistió en 4 sesiones de control tras 1, 3, 6 y 12 meses. Durante esta fase no fué realizada ninguna intervención terapéutica.

Adicionalmente, distintas medidas psicométricas fueron realizadas antes, después del tratamiento y tras un seguimiento de 12 meses.

##### 4.1. Medidas conductuales

Fruto de los autoregistros semanales del paciente, las siguientes conductas meta fueron consideradas:

- a) Frecuencia de la conducta de juego.
- b) Deseo por realizar una conducta de juego (impulso de juego, independientemente de la existencia o no de conducta de juego posterior).
- c) Cantidad de dinero perdida debido al juego.

##### 4.2. Cuestionarios y escalas adicionales

a) *Inventario de Personalidad de Freiburg (FPI)* de Fahrenberg, Hampel y Selg (1984). Este cuestionario consta de 137 items, y evalúa distintos rasgos de personalidad que se encuentran distribuidos en 10 subescalas o factores: 1) felicidad y satisfacción en

la vida, 2) orientación social, 3) ambición laboral, 4) retraimiento social, 5) irritabilidad, 6) agresión, 7) responsabilidad, 8) síntomas somáticos, 9) hipocondriasis, 10) convencionalismo. Las puntuaciones absolutas de cada una de las subescalas son transformadas en puntuaciones relativas, distribuidas en 9 estaninas. El intervalo de normalidad oscila entre estanina 4 y 6.

b) *Escala de Depresión (DS)* de Zerssen y Hoeller (1976). Este cuestionario analiza la sintomatología depresiva de los pacientes, poniendo especial atención a su estado disfórico e ideación depresiva. Consta de 16 items que puntúan de 0 a 3 (máxima puntuación del test 48 puntos). La puntuación de corte es de 6. Este cuestionario presenta una fiabilidad de .76.

c) *Escala sobre la intensidad subjetiva del juego*: es una escala que se encuentra graduada de 0 a 8 puntos, en donde 0 indicaría ninguna conducta de juego y 8 juego excesivo.

d) *Escala milimétrica (0-100) sobre impedimento laboral* debido al juego, es una escala lineal graduada de 0 a 100, en donde el polo 0 indicaría que el juego no supone ningún impedimento laboral y el polo 100 que el juego supone un impedimento absoluto.

## V) TRATAMIENTO

Siguiendo nuestro modelo teórico con jugadores patológicos (Hand y Kaunisto, 1984), tras haber realizado unas primeras sesiones intensas y confrontativas (sesiones provatorias), aplicamos un tratamiento conductual de carácter no sintomático; es decir, donde la conducta objeto de tratamiento, no fuera el comportamiento de juego en sí, sino los problemas de fondo y/o factores causales (Hand, Fernández y Friedrich, 1995) del mismo, que se encuentran descritos en la Figura 1 (déficit en habilidades sociales y depresión).

### 5.1. Objetivos del paciente

- 1) Reducción total de su conducta de juego.
- 2) Aumento del número de sus contactos sociales y habilidades conversacionales.

- 3) Aprendizaje de un comportamiento asertivo y expresión de su opinión en situaciones cotidianas.
- 4) Reestructuración del tiempo libre y resolución de problemas.

## 5.2. Plan de intervención terapéutica

- 1) Auto-observación y reconocimiento de la existencia de relaciones de causalidad entre su conducta de juego excesiva y otros problemas en su vida.
- 2) Aumento de sus habilidades conversacionales y asertivas (transmisión de concepto y realización de role-play).
- 3) Entrenamiento comunicacional in-vivo
- 4) Tareas de generalización.

## 5.3. Fases de tratamiento

### a) Fase I (4 sesiones):

Durante estas sesiones, denominadas provatorias, fué realizada una exploración psicológica detallada del paciente con los siguientes objetivos:

- a) Clarificación de aspectos motivacionales.
- b) Anámnesis y análisis conductual.
- c) Establecimiento de hipótesis terapéuticas y confrontación.
- d) Orientación terapéutica.

### b) Fase II (9 sesiones):

Entrenamiento en habilidades sociales: conducta asertiva (Ullrich y Ullrich de Muynch, 1980; Ullrich y Ullrich, 1976) y conversacional (Kelly, 1984). En éste fueron utilizados tanto procedimientos de role-play (paciente-terapeuta) como de exposición in-vivo (paciente-otros), en donde distintas habilidades sociales fueron entrenadas y generalizadas, tanto en el ámbito laboral y de pareja, como en el social (p.e. en la calle, en comercios, en locales). Así mismo, fueron entrenadas estrategias de resolución de problemas y fueron reforzadas tareas de generalización, a través de la realización de ejercicios semanales entre sesiones.

c) *Fase III (2 sesiones)*

a) Análisis de factores de riesgo y prevención de recaídas.

b) Balance del tratamiento realizado.

c) Otros objetivos del paciente a medio-largo plazo.

## VI) RESULTADOS

### 6.1. Medidas conductuales

Cada línea de las figuras 2 y 3 representan la frecuencia mensual del paciente en cada una de las conductas meta.

#### 6.1.1. *Fase línea Base*

Todas las conductas meta objeto de observación presentaron valores altos tras estos primeros meses. Tanto la frecuencia del impulso de juego, como el acto de jugar, oscilaron en Ramón entre 5 y 7 veces por mes. La cantidad de dinero jugada, como era de esperar, se mostró igualmente elevada, oscilando entre 700 y 1.100 marcos alemanes al mes.

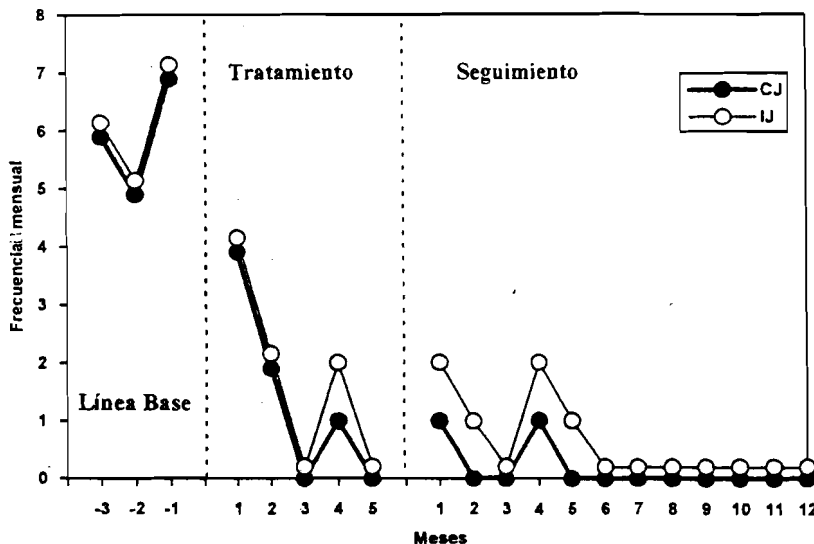
A lo largo de esta fase, todo deseo en el paciente por jugar, fué seguido inmediatamente por una conducta de juego.

#### 6.1.2. *Fase de Tratamiento*

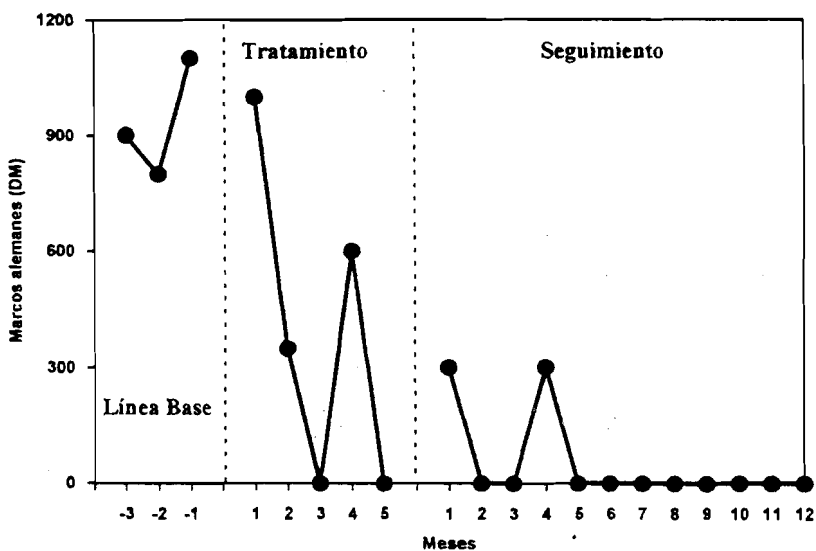
En general se observó que las conductas meta presentaron una reducción marcada en su frecuencia inmediatamente tras el comienzo de la fase de tratamiento, alcanzando valores de cero al final del mismo. Una reducción del impulso de juego conllevó, así mismo, a una disminución en la conducta de juego.

Las discrepancias observadas entre la frecuencia de juego y el deseo por jugar en el cuarto mes de tratamiento coincidieron con la aplicación por parte del paciente de nuevas estrategias de afrontamiento de problemas, en lugar de recurrir a la conducta de juego habitual.

**FIGURA 2.- Valores medios mensuales de la frecuencia de juego (CJ) y del impulso por jugar (IJ)**



**FIGURA 3.- Gastos medios mensuales en Marcos alemanes (DM) debidos al juego**



### 6.1.3. Fase de seguimiento

Tras el tratamiento, son de destacar dos resultados de importancia. Por un lado, se mantuvo la reducción de la conducta de juego alcanzada, durante la fase de tratamiento, a lo largo de todo el seguimiento. Por otro lado, fueron observadas con mayor frecuencia discrepancias entre deseo de jugar y conducta de juego.

### 6.2. Puntuaciones pruebas psicométricas

La tabla 1 refleja las puntuaciones medias obtenidas en las pruebas psicométricas (antes, después del tratamiento y 12 meses tras la finalización del mismo). La sintomatología depresiva disminuyó claramente tras el tratamiento, y mantuvo estos valores tras un seguimiento.

**TABLA 1.- Puntuaciones medias de las pruebas psicométricas antes, después del tratamiento y tras un seguimiento**

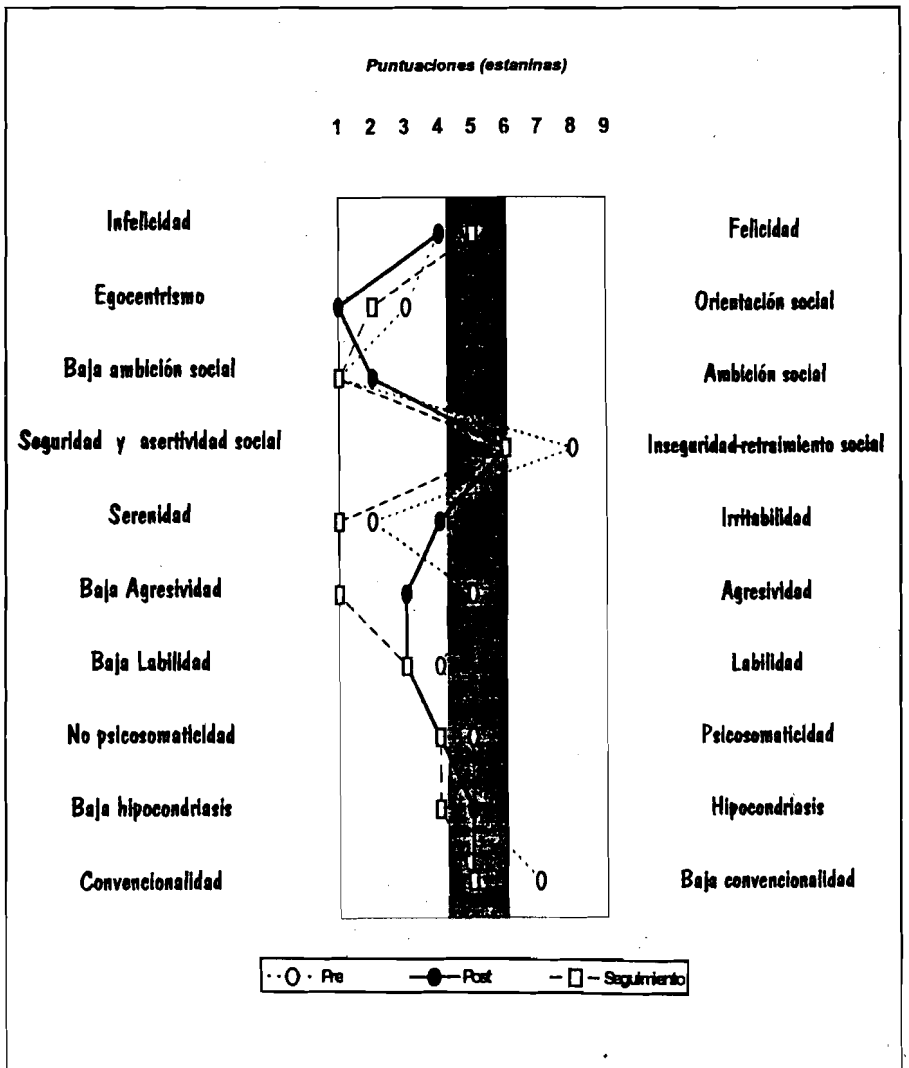
Escalas	Pre	Post	Seguimiento
Depresión (DS)	18	1	1
Intensidad subjetiva de juego	7	1	0
Impedimento laboral	75	10	0

DS= Depression Scale (Zerssen y cols., 1976)

Al comienzo, el paciente mostraba marcada depresión y un impedimento laboral notorio debido al juego, que era valorado subjetivamente por el paciente como excesivo. Tras el tratamiento y seguimiento, la sintomatología depresiva mostró una notable disminución, alcanzando valores de normalidad (puntuación corte=6).

Asímismo, la conducta de juego, debido a su reducción casi total, dejó de influir negativamente la actividad laboral y social del paciente.

**FIGURA 4.- Puntuaciones medias transformadas de las diez subescalas del cuestionario de personalidad de Freiburg (FPI)**





Las puntuaciones medias del cuestionario de personalidad (FPI) muestran (ver Figura 4) al comienzo del tratamiento, que el paciente se caracterizaba por presentar los siguientes rasgos de personalidad: poco solidario, egocéntrico, con mucha inseguridad y retraimiento social, controlado emocionalmente y agresivo-pasivo. Tras el tratamiento y seguimiento, mostraron cambios marcados especialmente tres factores: orientación social, presentando el paciente una menor tendencia al egocentrismo, una disminución notable en su inseguridad y ansiedad social y una clara disminución en su conducta agresiva.

## VII) CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El examen de los resultados obtenidos en este estudio sugieren 3 conclusiones principales:

1) El jugador patológico mostrado en el presente caso clínico, se caracterizaba por poseer notorios déficits en habilidades sociales y un aislamiento social, agresividad y un estado de ánimo depresivo. Estos tres rasgos de personalidad, si bien son comúnmente aceptados en la literatura como características intrínsecas en esta patología, serán mayoritariamente consideradas en ésta como factores secundarios, y por tanto dependientes de la conducta de juego (Baez y cols., 1994). Como hemos intentado demostrar en el presente estudio a través de un análisis funcional detallado del paciente, en este caso los mencionados rasgos serían primarios a la conducta de juego, y desencadenantes de la misma.

Esta explicación del juego patológico coincidiría con otros estudios que reflejan la existencia notoria de trastornos afectivos primarios en más de un 70% de casos (McCormick, Russo, Ramírez y cols.; Linden, Pope y Jonas, 1986), y mayor número de estresores psicosociales ("life-events) previamente a la aparición del juego al compararlos con grupos de control (Taber, McCormick y Ramírez, 1987; McCormick y cols., 1989).

Bajo nuestra experiencia clínica (Hand, Fernández y Friedrich, 1995), encontramos que en más del 50% de los casos existían claramente déficits comunicativos y fobias sociales primarias a la conducta de juego.

2) Siguiendo un paradigma multimodal, un tratamiento conductual no centrado en los síntomas, como el aquí descrito, se mostraría efectivo en la reducción de la conducta de juego a medio-plazo, tras una mejoría de las conductas meta (habilidades sociales y depresión).

Estos resultados se muestran en concordancia con los de otros estudios que indican la importancia de un tratamiento de este tipo en la reducción a medio-largo plazo de la conducta de juego (Hand, 1991; Kröber, 1991). Y en este sentido, en un estudio de seguimiento, que realizamos con 50 pacientes tratados ambulatoriamente en nuestro Servicio, obtuvimos una recuperación en el 65% de los casos tras un año de seguimiento (Klepsch, Hand, Wlazlo, Friedrich, Fischer y Bodek, 1989).

La asunción de la existencia de una personalidad adictiva de base, si bien ha sido la hipótesis explicatoria mayoritariamente aplicada en la literatura actual (Ochoa y cols., 1994), no ha sido hasta ahora demostrada científicamente como única explicación de una conducta de juego patológica.

3) Independientemente del marco paradigmático que utilicemos (adicción o no), para la obtención de una orientación terapéutica adecuada, dentro de la teoría del comportamiento, es de trascendental importancia la realización de un análisis conductual detallado que esclarezca la funcionalidad de la sintomatología en estos casos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arribas Saiz, M.P. y Martínez Sanchez, J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y modificación de conducta*, 17, 255-269.
- Baez Gallo, C., Echeburua Odriozola, E. y Fernández Montalvo, J. (1994). Características demográficas de personalidad y psicopatología de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305.

- Echeburúa Odriozola, E., y Baez Gallo, C. (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 Odriozola, E., y Baez Gallo, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 127-146.
- Gonzalez Ibañez, A. (1994). *Características psicológicas y conductuales de los jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio*. Barcelona: Tesis doctoral (manuscrito no publicado).
- Gonzalez Ibañez, A. (1989). *Juego patológico. Una nueva adicción*. Madrid: Tibidabo.
- Gonzalez Ibañez, A., Mercadé, P., Aymamí, N., y Pastor, C. (1990). Variables de personalidad, juego patológico. *Revista Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 203-209.
- Hand, I. (1991). Ambulante Kurzzeit-Verhaltenstherapie bei pathologischen Spielen -Theorie, Inhalte und Langzeitergebnisse. Ein Modell zum Verständnis und zur Therapie von "Abhängigkeits-erkrankung"?. *Verhaltenstherapie*, 3,
- Hand, I., Fernández, F. y Friedrich, B. (1995). Modelos de entendimiento del juego patológico: multimodal vs. adicción. Implicaciones terapéuticas. *Psicología de la Salud* (en prensa).
- Hand, I. y Kaunisto, E. (1986). Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glückspielsituationen. *Such-gefahren*, 30, 1-14.
- Klepsch, R., Hand, I. y Wlazlo, Z. (1989). Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei bei krankhaftem Glückspielen III: Zweite prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. *Suchgefahren*, 35, 35-49.
- Kröber, H.L. (1991). Automaten spieler und Roulettespieler. Psychoatrische und kriminologische Diffrenzen. *Nervenarzt*, 62, 670-675.
- Linden, R.D.; Pope, H.G., y Jonas, J.M. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *Journal of clinical Psychiatry*, 47, 201-203.
- McCormick, R.A. (1993). Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behaviors*, 18, 331-336.
- McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramirez, L.F. y Taber, J.I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- McCormick, R.A., Taber, J.I., y Kruedelbach, N. (1989), The relationship between attributional style and posttraumatic stress disorder in addicted patients. *Journal of traumatic stress*, 2, 477-487.

- Ochoa, E., Labrador, F.J., Echeburúa, E., Becoña, E., y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Taber, J.I., McCormick, R.A., y Ramirez, L.F. (1987). The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *The International Journal of Addictions*, 22, 71-79.