

Tratamiento del juego patológico: un estudio controlado

Robert Ladouceur
Caroline Sylvain
Université Laval, Québec, Canada

Este trabajo discute la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para el juego patológico. Los jugadores patológicos fueron asignados de forma aleatorizada a tratamiento o a lista de espera. El tratamiento incluyó cuatro componentes: 1) Corrección cognitiva de las percepciones erróneas sobre el juego, 2) entrenamiento en solución de problemas, 3) entrenamiento en habilidades sociales y 4) prevención de recaídas. Las variables dependientes fueron el South Oaks Gambling Screen, la percepción de control, frecuencia de juego, percepción de autoeficacia, deseo de jugar y número de criterios diagnósticos DSM-III-R cumplidos. Los resultados indicaron cambios significativos en el grupo de tratamiento en todas las medidas, y el análisis de los datos a los seis y doce meses de seguimiento informó del mantenimiento de los éxitos terapéuticos. Se recomienda que la terapia cognitiva y conductual incluya la corrección de las percepciones erróneas sobre el juego.

Palabras clave: juego patológico, tratamiento cognitivo y conductual, estudio controlado.

This paper discusses the efficacy of a cognitive and behavioral treatment for pathological gambling. Pathological gamblers were randomly assigned to treatment or wait-list control. The treatment included four components: 1) Cognitive correction of erroneous perceptions about gambling, 2) problem solving training, 3) Social-skills training and 4) relapse prevention. The dependent variables were the South Oaks Gambling Screen, perception of control, frequency of gambling, perceived self-effi-

Este artículo está basado en un estudio que apareció en el *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65, 727-732, siendo co-autor Jean-Marie Boisvert. Copyright 1997 de la *American Psychological Association*. Adaptado con autorización. Traducción de Susana Jiménez Murcia. Unidad de Juego Patológico. Servicio de Psiquiatría. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge (CSUB), Barcelona.

Este trabajo ha sido becado por el Conseil Québécois de la Recherche Sociale y por Loto-Québec.

Correspondencia: Robert Ladouceur, Ph.D., École de Psychologie, Université Laval, Québec, Canada, G1K 4P4.

cacy, desire to gamble, and number of DSM-III-R criteria met by participants. Results indicated highly significant changes in the treatment group on all outcome measures and analysis of data from six and twelve month follow-ups revealed maintenance of therapeutic gains. It is recommended that cognitive and behavioral therapy include cognitive correction of erroneous perceptions in gambling.

Key words: Pathological gambling, cognitive and behavioral treatment, controlled study.

El juego patológico fue oficialmente reconocido en 1980 en la publicación del DSM-III (APA, 1980) y fue clasificado como un trastorno del control del impulso. Se caracteriza por una pérdida de control sobre el juego, mentiras acerca de la implicación del sujeto en la conducta de juego, deterioro de las relaciones familiares y laborales, apropiaciones indebidas de dinero, deseo de recuperar el dinero perdido (APA, 1994). Actualmente, se acepta que la prevalencia del juego patológico está relacionada con la disponibilidad de las oportunidades de juego, legal o ilegal (Volberg, 1994). Debido a que en los países industrializados se ha adoptado una actitud liberal hacia la liberalización de distintas formas de juego, el número de jugadores patológicos se ha incrementado de una forma paralela (Walker, 1992). En este momento, las tasas sobre la prevalencia de este trastorno varían entre el 1 y el 2% en diferentes partes del Canadá (Ladouceur, 1996), en los Estados Unidos (Volberg, 1996) y en Europa (Becoña, 1996).

Son escasos los programas de tratamiento desarrollados para ayudar a los jugadores patológicos. Asimismo, muchas de las publicaciones sobre estos programas se han basado en descripciones clínicas de un solo caso, por lo que presentan serios problemas metodológicos y no evalúan adecuadamente la eficacia de los tratamientos. Por ejemplo, existen trabajos que han informado de estudios de casos sin utilizar sujetos control como contraste (Cotler, 1971; Dickerson y Weeks, 1979; Goorney, 1968; Rankin, 1982; Victor y Krug, 1967). Un estudio realizado con una amplia muestra de jugadores patológicos en tratamiento demostraba que después del mismo, un 91.4% jugaban menos que en el momento de la consulta (Russo *et al.*, 1984 citado en Taber *et al.*, 1987). Otro estudio informaba que el 94% de los casos mejoraban de su conducta de juego después de un tratamiento, mientras que un 64% estaban abstinentes de juego a los 6 y 14 meses de seguimiento (Lesieur y Blume, 1991). Sin embargo, no se trataba de estudios controlados.

Otra seria limitación de los trabajos sobre programas de tratamiento es que muy pocos utilizan intervenciones basadas en teorías empíricamente validadas. Incluso en un estudio reciente donde se evaluaban distintos programas de tratamiento (Echeburúa, Báez y Fernández-Moltalvo, 1996), éstos no estaban basados en procesos psicológicos específicos del juego. Por otra parte, el único criterio que se tenía en cuenta para determinar la eficacia del tratamiento era la frecuencia de juego. Sin embargo, podrían haberse utilizado los propios criterios diagnósticos para el juego patológico, propuestos por el DSM-IV, como el control sobre el juego y el deseo de jugar.

El elemento central del presente programa de tratamiento fue desarrollado después de varios años de investigación básica en la psicología del juego, y mostró que la percepción errónea de la noción del azar es el error fundamental que cometen los jugadores (Ladouceur y Walker, 1996). De hecho, los jugadores intentan controlar y predecir sucesos que son objetivamente incontrolables. Desarrollan una ilusión de control que los motiva a idear estrategias para aumentar sus ganancias. Contrariamente, la noción de azar está basada en la independencia de los eventos (p. ej. el lanzar una moneda al aire, el número ganador en una ruleta o en la lotería), siendo, por tanto, impredecible. Ladouceur y Walker (1996) han elaborado, basándose en un diseño experimental, un modelo de la conducta de juego, donde las creencias erróneas sobre el azar tienen el papel central. Siguiendo a Ladouceur y Walker (1996), la perspectiva cognitiva en el juego presupone que a pesar de tener una expectativa negativa de ganancia, los jugadores desarrollan una serie de creencias que les incitan a continuar jugando. Muchas de estas creencias son falsas, ya que les llevan a pensar que van a encontrar la manera de controlar sucesos que únicamente están regidos por la suerte. Además, presentan conductas supersticiosas, mágicas. Ejemplo de ello sería el hecho de llevar una moneda de oro en la mano izquierda, mientras están jugando con la derecha, porque piensan que ello puede aumentar su suerte para ganar.

La perspectiva cognitiva considera que estas distorsiones asociadas al juego mantienen la fuerte implicación en esta conducta, complicándola (Ladouceur y Walker, 1996). Debido, pues, a que la conducta de juego excesiva acarrea numerosas dificultades interpersonales, es conveniente que los tratamientos específicos para el juego incluyan técnicas de entrenamiento en solución de problemas y en habilidades sociales, cuando sea necesario. El presente artículo evalúa la eficacia de un programa de tratamiento que corrige este patrón cognitivo disfuncional y utiliza técnicas en solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. Se hipotetiza que el tratamiento grupal se mostraría más eficaz que el grupo control de lista de espera, que no presentaría mejoría.

MÉTODO

Se evaluaron 56 jugadores varones de origen caucásico y 2 mujeres, que acudieron a consulta por su problema de juego. La evaluación fue realizada por un clínico experimentado que los diagnosticó de jugadores patológicos, según criterios DSM-III-R (APA, 1987). La mayoría de los jugadores tenían como juego problema las máquinas de vídeo poker, mientras que el resto eran jugadores de carreras de caballos o de casino. La muestra final se compuso por 29 sujetos: 14 en tratamiento grupal y 15 en el grupo control. Aunque el número de abandonos fue considerable ($N=29$), los estudios sobre tratamiento de problemas adictivos más recientes (Stark, 1992) y de juego patológico (Echeburúa *et al.*, 1996; Sharpe, Livermore y McGregor, 1995) informan de resultados similares. La muestra final se compuso por 14 participantes (media de edad=37.6 años, $DE=10.3$) en el tratamiento grupal y 15 sujetos (media de edad=42.6 años, $DE=12.1$)

en el grupo control. La mitad de los sujetos en cada grupo fueron evaluados independientemente por un segundo clínico experimentado, que confirmó el diagnóstico. No se hallaron diferencias significativas en la variable edad entre el grupo de tratamiento y el grupo control. Todos los jugadores fueron diagnosticados siguiendo los criterios DSM-III-R para juego patológico y hubo acuerdo del 100% entre los evaluadores.

Dos psicólogas de origen caucásico, con cuatro y cinco años de experiencia, administraron el tratamiento. Ambas eran expertas en el tratamiento de jugadores patológicos y fueron supervisadas por la segunda autora, una psicóloga con 20 años de experiencia en terapia cognitiva.

Los participantes fueron asignados de forma aleatorizada al grupo de tratamiento o de lista de espera. Cumplimentaron medidas dependientes en el pre-test, post-test, post-lista de espera y en el seguimiento de seis meses. Asimismo, se realizó un seguimiento a los doce meses de haber finalizado el programa de tratamiento.

El objetivo en la primera sesión fue definir el juego patológico, según los criterios DSM-III-R (la cuarta edición, DSM-IV, no estaba todavía disponible al inicio de este estudio). Para poder participar en este trabajo, los sujetos debían contestar «sí» a la siguiente pregunta: «¿Está dispuesto a hacer un esfuerzo para reducir o parar su conducta de juego?». Asimismo, debían puntuar su motivación para el cambio en 7 o más, en una escala entre 0 y 10.

Características de la terapia

Grupo de tratamiento.

El tratamiento fue realizado de forma individual, con una frecuencia de una o dos sesiones semanales durante 60 ó 90 minutos, dependiendo de las metas u objetivos expresados por cada paciente. Los sujetos del tratamiento grupal recibieron un promedio de 16.7 horas de tratamiento ($DE=5.7$), con un máximo de 30 horas. Se finalizó el tratamiento cuando los pacientes mostraron una adecuada percepción del juego y de la suerte, además de hallarse abstinentes. Mientras estuvieron en el estudio, los sujetos no recibieron ningún otro tipo de tratamiento. La intervención terapéutica incluyó cuatro componentes:

1) *Corrección cognitiva.* La primera meta del tratamiento fue corregir los errores cognitivos de los pacientes acerca del azar. Se utilizaron cuatro objetivos: (a) comprensión del concepto de azar: el terapeuta explicaba el concepto del azar basado en que cada ocasión es independiente de las demás, en que no existen estrategias para controlar el resultado, en que siempre se producen unas expectativas de ganancias y que, en definitiva, es imposible controlar el juego; (b) comprensión de las creencias erróneas que tienen los jugadores, especialmente la dificultad para aplicar el principio de independencia entre los sucesos: el terapeuta explicaba cómo la ilusión de control contribuía a mantener los hábitos de juego y corregía las creencias erróneas que presentaban los jugadores; (c) Identificación de las percepciones inadecuadas: el jugador era informado acerca de que sus percepciones erróneas predominaban durante el juego y se le explicaba

la distinción entre verbalizaciones adecuadas e inadecuadas, y (d) la corrección cognitiva de las percepciones erróneas: el terapeuta corregía las verbalizaciones inadecuadas y las falsas creencias que aparecían, durante una sesión de juego en imaginación (Bujold y Ladouceur, 1991; Bujold *et al.*, 1994). Un ejemplo de una percepción errónea es la creencia de que «si pierdo cuatro veces seguidas, seguro que ganaré la próxima vez».

2) *Solución de problemas*. Se discutía con los participantes la relación potencial entre escasas estrategias para solucionar problemas y actividades de juego. El terapeuta introducía el entrenamiento en solución de problemas (véase Goldfried y Davison, 1976) que recoge los siguientes pasos: (a) definición del problema; (b) recogida de información acerca del problema; (c) identificación de posibles soluciones; (d) formulación de las ventajas y desventajas para cada posible solución y, finalmente; (e) puesta en práctica de la acción y evaluación de los resultados. Los participantes aprendían cómo enfrentarse a las dificultades que les llevaban a jugar. Por ejemplo, con el fin de tener mayor control sobre la conducta de gastar más de la cuenta, aprendían cómo pagar sus deudas, a prevenir sus gastos y llevar encima sólo el dinero que necesitan. Asimismo, se sugerían y potenciaban actividades sociales alternativas.

3) *Entrenamiento en habilidades sociales*. Si era necesario, los jugadores recibían un entrenamiento en habilidades sociales (Boisvert y Beaudry, 1979; Goldstein, Sprafkin y Gershaw, 1976). Se discutía con los participantes la relación potencial entre déficits en habilidades sociales y actividades de juego. Por ejemplo, algunos jugadores necesitaban entrenamiento en asertividad en las situaciones de juego en las que podían ser arrastrados a jugar si no disponían de recursos para rechazar los ofrecimientos e insinuaciones para jugar. Se utilizó el *role-playing* para mejorar las estrategias de comunicación. Cerca de la mitad de los participantes necesitaron este entrenamiento en habilidades sociales.

4) *Prevención de recaídas*. Este componente estaba basado y adaptado del modelo de prevención de recaídas desarrollado por Marlatt (1985) para el alcoholismo. Se discutía la posibilidad de recaída con los participantes. Aprendían a superar las situaciones de riesgo y las razones que les podían volver a llevar a jugar. Los participantes describían cómo habían sido sus recaídas en el pasado, identificando las situaciones de alto riesgo y desarrollando recursos de afrontamiento alternativos. Ejemplos de este tipo de situaciones eran: llevar encima más dinero del necesario (por ejemplo, los días de cobro), estrés, soledad y falta de actividades sociales.

Grupo control de lista de espera.

Al empezar, todos los participantes eran informados de que, debido a la randomización en la asignación de tratamiento, podía darse la posibilidad de que no recibieran el tratamiento de forma inmediata. Posteriormente a la evaluación, se contactaba con los participantes del grupo control para informarles de que su nombre había sido seleccionado para el grupo de lista de espera. El terapeuta aseguraba a los participantes que serían avisados tan pronto como fuera posible. Se esperaba ofrecer tratamiento a todos los pacientes en los cuatro meses siguientes. Al mismo tiempo, el terapeuta contactaba telefónicamente con ellos una vez al mes. En dos pacientes fue necesario intervenir rápidamente y fueron

asignados de inmediato al grupo de tratamiento. Ninguno de estos pacientes buscó un tratamiento alternativo mientras esperaba en la lista de espera.

Procedimiento

Se consideraron variables dependientes:

1) *DSM-III-R*. Se evaluó el número de criterios diagnósticos para juego patológico mediante una entrevista clínica (puntuación 0-9).

2) *South Oaks Gambling Screen* (SOGS). Los participantes completaron la versión francesa del cuestionario de Lesieur y Blume (1987). El SOGS, utilizado tanto en estudios epidemiológicos (Ladouceur, Dubé y Bujold, 1994; Ladouceur *et al.*, 1994; Volberg y Steadman, 1988) como clínicos (Blume, 1989; Rosenthal, 1989) es un instrumento de auto-informe válido para identificar el juego patológico.

3) *Percepción de control*. Los participantes indicaron su percepción de control sobre su problema de juego en una escala de 0 a 10 (Bujold y Ladouceur, 1991; Bujold *et al.*, 1994).

4) *Deseo de jugar*. Los participantes indicaron su deseo de jugar en una escala de 0 a 10 (Bujold y Ladouceur, 1991; Bujold *et al.*, 1994).

5) *Percepción de auto-eficacia*. Después de describir dos situaciones relevantes y personales de alto riesgo, los participantes indicaban en una escala de 0 a 10 sus creencias acerca de poder parar el juego en esas situaciones.

6) *Frecuencia de juego*. Los participantes indicaron: (a) El número de episodios de juego, (b) el número de horas dedicadas al juego, y (c) la cantidad total invertida en el juego durante la última semana.

Todas las sesiones fueron grabadas y, al final de cada sesión, los terapeutas cumplimentaron un registro de observación de los aspectos tratados más relevantes. Un evaluador independiente supervisó el 20% de las entrevistas realizadas a cada paciente, para asegurar que el tratamiento se estaba realizando tal y como se indicaba en los registros. Las anotaciones tomadas por el terapeuta eran confirmadas, posteriormente, por un segundo evaluador (100%). Todas las sesiones valoradas por el evaluador tuvieron, al menos, un aspecto sobre la sesión que coincidía con el registro. Más concretamente, el 48% de las sesiones contenían información sobre el juego, así como modificación de las creencias y cogniciones erróneas. Finalmente, en un 28% de las sesiones, se observaron el desarrollo de estrategias relacionadas con la solución de problemas y en un 56% con prevención de recaídas.

RESULTADOS

No se observaron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el de control, en las primeras cinco variables dependientes. Se llevó a cabo un análisis de medidas repetidas MANOVA en el número de criterios diagnósticos DSM-III-R, percepción de control, deseo de jugar, percepción de auto-eficacia y SOGS que reveló un significativo efecto de interacción (Grupo \times Tiempo),

$F(5,20)=30.41, p<.05$. Un análisis de la variancia mostró una interacción significativa Grupo \times Tiempo en todas las variables. El test de efectos simples mostró que los participantes en el grupo de tratamiento cumplían menos criterios diagnósticos, informaban de menor deseo de jugar y tenían menor puntuación en el SOGS. Asimismo, manifestaban mayor percepción de control y auto-eficacia. La prueba de Wilcoxon mostró que los sujetos del grupo de tratamiento jugaban significativamente con menor frecuencia e invertían significativamente menos horas en el juego que el grupo control, en el post-test.

Se evaluó un cambio clínicamente significativo por dos vías distintas: porcentaje de cambio y funcionamiento final (Borkovec y Costello, 1993; Hollon y Flick, 1988). En cuanto al porcentaje de cambio, 8 de los 14 pacientes tratados mejoraron, al menos en un 50% de las cinco variables (DSM-III-R, percepción de control, deseo de jugar, percepción de auto-eficacia y SOGS), comparado con sólo uno de los 15 participantes del grupo control (prueba exacta de Fisher: $p=0.0022, p<.05$).

El funcionamiento final es una vía complementaria para evaluar la significación clínica de los efectos del tratamiento, comparando las puntuaciones de post-test con respecto a una puntuación de referencia (Hollon y Flick, 1988; Kendall y Grove, 1988). La puntuación de referencia fue cumplir menos de 4 criterios diagnósticos DSM-III-R y una puntuación de menos de 5 en el SOGS (a partir de 4 criterios o más en el DSM-III-R y 5 puntos o más en el SOGS se considera juego patológico). Para la percepción de control y la auto-eficacia, la puntuación de referencia fue de 7 o más y para el deseo de jugar, 3 o menos de 3. Diez de los 14 participantes del grupo de tratamiento (71%) consiguieron puntuaciones de referencia en las cinco variables, en comparación con un sujeto, de los 15, del grupo de control (prueba exacta de Fisher: $p=.00484, p<.05$). Además, 12 de los 14 sujetos tratados (86%) lograron puntuaciones de referencia en, al menos, tres de esas cinco variables, comparados con el único sujeto del grupo de control (prueba exacta de Fisher: $p=0.00219, p<.05$).

Se realizó un seguimiento a los seis meses. En el grupo de tratamiento, cuatro pacientes no completaron la evaluación del seguimiento. Para los que sí lo hicieron, los resultados indicaron que el 80% de los sujetos consiguieron las puntuaciones para las cinco variables de referencia, mientras que el 90% lo hacían, al menos, para tres. En el seguimiento de 12 meses después de finalizar el tratamiento, se pudo contactar con nueve de los diez pacientes. Los contactos, bien por teléfono o en una breve entrevista, revelaron que ocho de ellos mantenían la mejoría terapéutica. Evaluándolos mediante el DSM-III-R, no podían ser considerados jugadores patológicos en aquel momento. Sólo un sujeto, de los nueve, había recaído y podía ser diagnosticado de jugador patológico.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio sugieren que un tratamiento cognitivo-conductual puede mejorar significativamente el juego patológico. Un 86% de los

pacientes tratados no cumplían criterios de juego patológico (DSM-III-R y SOGS), al finalizar el tratamiento. Además, tenían mayor percepción de control de su problema de juego y habían incrementado la auto-eficacia en las situaciones de juego de alto riesgo. Este resultado es particularmente importante en el sentido de que revela la percepción de los pacientes acerca de su problema. Asimismo, un 86% de los sujetos tratados mostraron cambios clínicamente significativos en tres de los objetivos, como mínimo. Finalmente, los resultados obtenidos durante el seguimiento muestran que la mejoría se mantenía a los seis y doce meses. Este estudio muestra un efecto significativo, tanto clínica como estadísticamente, en un ensayo aleatorizado usando una evaluación de seis variables de juego. El componente central del tratamiento fue altamente específico y se basó en una comprensión teórica de la cognición y de la conducta en el juego, que puede explicar la magnitud de las ganancias terapéuticas. La relevancia y efectividad de la corrección cognitiva en el tratamiento de los problemas de juego ya había sido previamente demostrada (Bujold *et al.*, 1994). De acuerdo con Ladouceur y Walker (1996), la corrección de las creencias erróneas sobre la relación entre los sucesos parece jugar un papel importante en el tratamiento del juego patológico. Sería interesante aplicar un tratamiento exclusivamente cognitivo y, así, confirmar el papel desempeñado por las creencias erróneas en el juego. Contrariamente, en el estudio actual, la solución de problemas y la prevención de recaídas pueden haber contribuido a mejorar los resultados (ayudando a los jugadores a afrontar situaciones de alto riesgo y a disminuir sus niveles de estrés que pueden contribuir a mantener los hábitos de juego). En conclusión, este estudio controlado muestra la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual para los jugadores patológicos. Asimismo, los resultados demuestran ser significativos, tanto clínica como estadísticamente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed, rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed). Washington, DC: Author.
- Becoña, E. (1996). Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies*, 12, 179-192.
- Blume, S.B. (1989). Treatment for the addictions in a psychiatric setting. *British Journal of Addiction*, 84, 727-729.
- Boisvert, J.M. & Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Montréal, Québec: Les Éditions de l'Homme.
- Borkovec, T.D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Bujold, A. & Ladouceur, R. (1991). *Cognitive restructuring problem solving and relapse prevention with pathological gamblers*. Comunicación presentada en el 25th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, noviembre.
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C. & 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.

- Dickerson, M.G. & Weeks, D. (1979). Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 139-141.
- Echeburúa, E., Báez, C. & Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.
- Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt Rinehart & Winston.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P. & Gershaw, N.J. (1976). *Skill training for community living: Applied structured learning therapy*. New York: Pergamon.
- Gorney, A.B. (1968). Treatment of a compulsive horse race gambling by aversion therapy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 329-333.
- Hollon, S.D. & Flick, S.N. (1988). On the meaning and methods of clinical significance. *Behavioural Assessment*, 10, 197-206.
- Kendall, P.C. & Grove, W.M. (1988). Normative comparisons in therapy outcome. *Behavioral Assessment*, 10, 147-158.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Québec, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12, 129-142.
- Ladouceur, R., Dubé, D. & Bujold, A. (1994a). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 289-293.
- Ladouceur, R. & Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (pp. 89-120). New York: Wiley.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addiction*, 86, 1017-1028.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: General overview. In G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-344). New York: Guilford Press.
- 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. (1989). Pathological gambling and problem gambling: Problems in definition and diagnosis. In H. Shaffer et al. (Eds.), *Compulsive gambling: Theory, research and practice* (pp. 101-126). Lexington, MA: Lexington Books.
- Sharpe, L., Livermore, N. & McGregor, J. (1995). *Examining the efficacy of a cognitive-behavioural treatment for problem gambling: A pilot study*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapy, Copenhagen, Danemark, julio.
- Stark, M.J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.
- Taber, J.I., McCormick, R.A., Russo, A.M., Adkins, B.J. & Ramirez, L.F. (1987). Follow-up pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, 757-761.
- Victor, R.G. & Krug, C.M. (1967). «Paradoxical intention» in the treatment of compulsive gambling. *American Journal of Psychotherapy*, 21, 808-814.
- Volberg, R.A. (1994). The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 84, 237-241.
- Volberg, R.A. (1996). Problem Gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies*, 12, 111-128.
- Volberg, R.A. & Steadman, H.J. (1989). Policy implications of prevalence estimates of pathological gambling. In H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino & T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling: Theory, research and practice* (pp. 163-174). Lexington, MA: Lexington Books.
- Walker, M. (1992). *The psychology of gambling*. Oxford: Pergamon Press.

