

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA TERAPIA DEL JUEGO PATOLÓGICO: EFICACIA DIFERENCIAL DE TRATAMIENTOS

Enrique Echeburúa¹

Javier Fernández-Montalvo²

Concepción Báez³

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

² Departamento de Psicología y Pedagogía. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

³ Centro de Salud Mental de Rentería. Servicio Vasco de Salud.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue, por una parte, determinar la eficacia de las técnicas de control de estímulos y exposición in vivo con prevención de respuesta para detener la conducta de juego y, por otra, contrastar la eficacia diferencial de dos modalidades de prevención de recaídas (individual y grupal), con respecto a un grupo de control, para el mantenimiento de la abstinencia. La muestra constó de 69 pacientes, seleccionados según los criterios diagnósticos del DSM-IV. En la primera parte se utilizó un diseño de un solo grupo con medidas repetidas de evaluación (pre y postratamiento). En la segunda parte se recurrió a un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3 y 6 meses).

Agradecimientos: Este estudio se ha financiado con un proyecto de investigación de la Universidad del País Vasco (código nº UPV 006.231-HA182/95). El segundo autor ha contado con una beca predoctoral de investigación del Gobierno Vasco (Convocatoria de 1994, BOPV, 28/02/94).

Una parte de este trabajo se ha presentado en las XXVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Santa Cruz de Tenerife, marzo de 1999).

Todos los pacientes de la muestra dejaron de jugar al finalizar la intervención inicial. En lo que se refiere a la prevención de recaídas, las dos modalidades terapéuticas fueron homogéneas entre sí y superiores al grupo de control en el seguimiento de los 6 meses. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de complementar el tratamiento de la ludopatía con una intervención dirigida a la prevención de recaídas. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras-clave: JUEGO PATOLÓGICO. MÁQUINAS TRAGAPERRAS. TRATAMIENTO. CONTROL DE ESTÍMULOS. EXPOSICIÓN Y PREVENCIÓN DE RESPUESTA. PREVENCIÓN DE RECAÍDA.

SUMMARY

The aim of this paper was, on the one hand, to determine the efficacy of stimulus control and exposure with response prevention in stopping pathological gambling and, on the other hand, to test the comparative effectiveness of two therapeutic modalities (individual and group) for relapse prevention with regard to a control group in order to maintain the abstinence. The sample consisted of 69 patients selected according to DSM-IV criteria. At the first part of the study, an one-group design with repeated measures of assessment (pre and posttreatment) was used. At the second part, a multigroup experimental design with repeated measures (pretreatment, posttreatment and 1, 3 and 6-month follow-up) was used. All treated patients gave up gambling at the end of the first part of the study. In the second part results related to relapse showed a success rate higher in both individual and group relapse prevention than control group. This results raise the necessity of using relapse prevention programs in the treatment of pathological gambling. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key-words: PATHOLOGICAL GAMBLING. SLOT MACHINE. TREATMENT. STIMULUS CONTROL. EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION. RELAPSE PREVENTION.

INTRODUCCIÓN

El juego patológico es un trastorno de conducta que aparece clasificado por primera vez como una entidad nosológica propia y con criterios diagnósticos específicos en el *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980). Actualmente el juego patológico está categorizado en el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) como un *trastorno del control de los impulsos*. Se trata de una adicción psicológica caracterizada por una dependencia emocional del juego y por un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar. Como consecuencia de todo ello, se produce una alteración importante en el ámbito familiar, social, laboral y personal. No son infrecuentes asimismo otros problemas clínicos asociados, como la depresión, el riesgo de suicidio y el consumo abusivo de alcohol (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994; McCormick y Ramírez, 1988).

La ludopatía es un trastorno con una gran relevancia social. Según los estudios epidemiológicos llevados a cabo en España (Becoña, 1993; Irurita, 1996; Legarda, Babio y Abreu, 1992), la tasa de prevalencia oscila entre el 1% y el 3% de la población, con un 3%-4% adicional de sujetos en riesgo. Estas cifras son similares a las obtenidas en otros países (*cf.* Bland, Newman, Orn y Stebelsky, 1993; Volberg y Steadman, 1988, 1989).

La principal demanda terapéutica en nuestro entorno procede de los jugadores de máquinas tragaperras. Este tipo de juegos tiene una alta capacidad adictiva. En primer lugar, porque están muy difundidas y el importe de las apuestas es bajo. En segundo lugar, porque el plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado es muy breve. En tercer lugar, porque el funcionamiento intrínseco de estas máquinas potencia una cierta *ilusión de control*. Y por último, porque las luces, la música y el tintineo mismo de las monedas suscitan una tensión emocional y una activación psicofisiológica que facilitan la conducta de juego (Echeburúa, 1992; Echeburúa y Báez, 1994a).

Desde una perspectiva clínica, el objetivo terapéutico utilizado en el tratamiento de la ludopatía, como ocurre habitualmente en el resto de los trastornos adictivos (Echeburúa y Báez, 1994b), es la abstinencia. Respecto a la eficacia de la terapia, son escasas las investigaciones controladas que se han realizado hasta la fecha.

Además, la mayor parte de los estudios aluden generalmente a combinaciones de técnicas de las que no siempre puede aislarse el componente efectivo (Blaszczynski, 1985, 1993).

En cualquier caso, se pueden destacar tres líneas de investigación en lo que se refiere al tratamiento de la ludopatía: la *desensibilización imaginada* -variante de la desensibilización sistemática-, diseñada para hacer frente a la hiperactivación psicofisiológica (cfr. McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983, 1988; Blaszczynski, McConaghy y Frankova, 1991); la *reestructuración cognitiva*, justificada por el elevado número de distorsiones cognitivas presentes en los jugadores (cfr. Sylvain y Ladouceur, 1997); y, por último, la *exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos*, orientada a hacer frente al «*craving*» (ansia) por el juego y a aumentar las expectativas de autoeficacia respecto a la capacidad de control (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994, 1996).

Los resultados obtenidos con estas técnicas han sido satisfactorios en las evaluaciones realizadas tras el tratamiento. En algunos casos se ha llegado, incluso, a tasas de abstinencia del 100% (cfr. Echeburúa *et al.*, 1996). Sin embargo, al igual que ocurre con otras adicciones, un porcentaje significativo de sujetos (en torno a un tercio del total) recaen en los primeros meses después de la terapia. No es, por tanto, exagerado decir que la prevención de recaídas constituye el principal reto para el tratamiento de las conductas adictivas.

En los últimos años han aparecido numerosas investigaciones con el objetivo de estudiar el fenómeno de la recaída, así como el desarrollo de posibles estrategias de intervención (cfr. Casas y Gossop, 1993). No obstante, este aumento de los estudios sobre las recaídas se ha limitado casi de forma exclusiva a las adicciones químicas, especialmente al alcoholismo (Donovan e Ito, 1988; Ito, Donovan y Hall, 1988) y al tabaquismo (Becoña y Vázquez, 1998; Carmody, 1992; Curry y McBride, 1994; Minneker, Unland y Buchkremer, 1992).

Sólo en los últimos años se ha comenzado a estudiar el fenómeno de la recaída en otro tipo de conductas, como la obesidad (Baum, Clark y Sandler, 1991), la bulimia (Mines y Merrill, 1987), las ofensas sexuales (Hudson, Ward y Marshall, 1992; Laws, 1989; Marshall y

Fernández, 1997; Neidigh, 1991) y el juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Sharpe, 1997). Los resultados obtenidos son, sin embargo, muy provisionales.

En este sentido, el principal objetivo de esta investigación es comparar la eficacia diferencial de dos modalidades específicas de prevención de recaídas -individual y grupal-, añadidas al tratamiento y basadas en el modelo de Marlatt y Gordon (1985), con respecto a un grupo de control sin prevención de recaídas. Todos los sujetos, incluidos los del grupo de control, han sido tratados, en la primera fase del estudio, con control de estímulos y exposición *in vivo* con prevención de respuesta, que, según algunos estudios previos (Echeburúa *et al.*, 1994, 1996), parece el tratamiento más adecuado para la desaparición inicial de este tipo de problema.

Con respecto al tipo de medidas utilizadas, al no poder contarse con pruebas objetivas en la evaluación de este trastorno, se ha recurrido a los autoinformes. Sin embargo, se han contrastado los datos obtenidos del paciente con la información procedente de los familiares. De este modo, según se ha puesto de relieve en algunos estudios (Blaszczynski *et al.*, 1991; Lesieur y Blume, 1987), se consigue aumentar la validez de la evaluación.

MÉTODO

Sujetos

La muestra de sujetos de esta investigación está constituida por pacientes que acudieron en busca de tratamiento a la Asociación de Ayuda a Ludópatas *Ekintza-Dasalud* (Rentería, País Vasco) durante el período comprendido entre febrero de 1994 y marzo de 1996.

Los criterios de admisión al estudio fueron los siguientes: a) cumplir los criterios diagnósticos de juego patológico según el *DSM-IV* (APA, 1994); b) tener una puntuación igual o superior a 4 en la versión española (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) del *Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks* (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987); c) no estar aquejado de ningún otro trastorno psicopatológico; y d) jugar fundamentalmente a las máquinas traga-

perras. La adopción de los dos últimos requisitos respondió al objetivo de contar con jugadores «puros» -no afectados por otros cuadros clínicos- y homogéneos en cuanto al tipo de juego implicado.

Durante el período mencionado, acudieron a consulta 104 jugadores patológicos, de los que fueron seleccionados 69 sujetos (el 66% del total) para formar parte de esta investigación. Las razones principales de exclusión del estudio de los 35 jugadores restantes (el 34%) fueron las siguientes: a) padecer un trastorno de conducta grave (fundamentalmente, alcoholismo y esquizofrenia) ($N=17$); y b) jugar preferentemente a juegos distintos de las máquinas recreativas ($N=14$).

En cuanto a las características demográficas más significativas de la muestra seleccionada, la edad media era de 36 años ($DT=13,7$) y había una proporción de 6/7 hombres por cada mujer, que es similar a la presentada en otros estudios clínicos (Echeburúa *et al.*, 1994, 1996; McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991; Sylvain y Ladouceur, 1997). El nivel socioeconómico de la mayoría era de clase media y baja.

Tabla 1.- Características del juego en los sujetos de la muestra

VARIABLES	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	RANGO
Frecuencia	5,1 días/semana	1,6 días/semana	1-7 días/semana
Dinero	18.840 pts./semana	11.973 pts./semana	3.000-50.000 pts./semana
Tiempo	8,1 horas/semana	7,1 horas/semana	1-42 horas/semana
Deuda pendiente	686.638 pts.	1.213.420 pts.	0 - 5.500.000 pts.

Como se puede apreciar en la *tabla 1*, la conducta de juego se caracterizaba, en valores medios, por ser frecuente (5 días por semana), suponer una inversión considerable de dinero (19.000 pts. semanales) e implicar una dedicación de tiempo (8 horas semanales) relativamente alta. Asimismo el nivel medio de endeudamiento era extremadamente elevado (cerca de 700.000 pts.), aunque con muchas diferencias de unos casos a otros.

Diseño experimental

Este estudio constó de dos partes. El método utilizado en la primera fue un *diseño de un solo grupo*, con medidas múltiples y repetidas de evaluación (pretratamiento y postratamiento). De esta forma, los 69 pacientes que constituyeron la muestra experimental formaron parte de un único grupo que recibió la misma terapia (control de estímulos y exposición *en vivo* con prevención de respuesta). Esta intervención, realizada en una modalidad individual, tenía como objetivo el cese total de la conducta de juego para, de este modo, pasar a la segunda parte, es decir, a la prevención de recaídas.

En esta segunda fase se ha utilizado un *diseño experimental multigrupo* (con dos grupos de terapia y un grupo de control) de medidas repetidas. Las evaluaciones se han realizado en el pretratamiento, en el postratamiento y en los períodos de seguimiento (1, 3 y 6 meses). De esta forma, una vez aplicada la intervención inicial a los 69 sujetos e interrumpida completamente la conducta de juego, se distribuyó a los pacientes aleatoriamente (con una estratificación previa en edad y sexo) a una de estas tres modalidades: a) prevención de recaídas individual; b) prevención de recaídas grupal; y c) grupo de control sin prevención de recaídas.

Medidas de evaluación

Entrevistas

Se lleva a cabo una entrevista estructurada de la historia de juego (45 minutos) en la primera evaluación, que tiene por objetivo recoger todos los datos relacionados con el inicio y el desarrollo de la ludopatía.

Evaluación de la dependencia al juego

Los instrumentos de evaluación utilizados relacionados directamente con el juego patológico han sido el *Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987) y el *Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a).

El SOGS es un cuestionario de «screening» que consta de 20 ítems relacionados, entre otros aspectos, con la conducta de juego, la pérdida de control, las fuentes de obtención del dinero y las emociones implicadas. El rango es de 0 a 20.

En la versión original una puntuación superior a 5 -el punto de corte propuesto- sirve para discriminar a los jugadores patológicos probables. La fiabilidad test-retest es de 0,71 y la consistencia interna de 0,97. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica del juego patológico según los criterios diagnósticos del *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987) es de 0,94 y de 0,60 con la valoración de los familiares del paciente.

En este trabajo se ha utilizado la versión española del SOGS (Echeburúa *et al.*, 1994). En concreto, en nuestro país este instrumento de medida presenta una fiabilidad test-retest de 0,98 y un índice de consistencia interna, obtenido mediante el coeficiente *alfa* de Cronbach, de 0,94. Asimismo presenta una validez convergente de 0,92 con los criterios diagnósticos del *DSM-III-R* (APA, 1987) y se adapta también de una forma satisfactoria a los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994). El rango de la versión española es de 0 a 19. Una puntuación igual o superior a 4 refleja la existencia de un problema de juego patológico.

El *Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a) consta de 5 ítems relacionados con la cantidad de dinero, la frecuencia y el tiempo dedicados semanalmente al juego por término medio. También se evalúan la percepción que el paciente tiene de la gravedad de la frecuencia, del tiempo y del dinero invertidos en el juego, así como la frecuencia de pensamientos sobre el juego y la necesidad subjetiva de jugar: se trata del *indicador subjetivo del paciente*. Las puntuaciones oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*muchísimo*) en una escala de tipo Likert y el rango del cuestionario es de 0 a 20.

Se utilizan dos formas de este mismo instrumento: una versión para el paciente y una versión para el familiar. Este instrumento se ha mostrado muy sensible al cambio terapéutico (cfr. Echeburúa *et al.*, 1994, 1996) y se ha aplicado en todas las evaluaciones.

Evaluación de otros síntomas psicopatológicos asociados

Además de las medidas de juego, se han evaluado otros indicadores psicopatológicos asociados habitualmente a la ludopatía: la ansiedad, la depresión y la inadaptación a la vida cotidiana. Se han utilizado instrumentos que han mostrado ser muy sensibles al cambio terapéutico en otras investigaciones.

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. Una puntuación superior a 40 tiene una significación claramente clínica. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado (0,40). La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

La escala de ansiedad-rasgo no figura incluida en el estudio. Una intervención terapéutica breve no puede tener por objetivo modificar una variable estable de la personalidad.

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; versión española de Vázquez y Sanz, 1991) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. Una puntuación superior a 18 tiene una significación claramente clínica. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66. La versión utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

La *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) refleja en qué medida el juego afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y familia. Este

instrumento, con 6 ítems que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango de la escala total es de 0 a 30 (a mayor puntuación, mayor inadaptación). La versión utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Modalidades terapéuticas

Control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta. El control de estímulos está referido fundamentalmente al control del dinero y a la evitación de las situaciones o circuitos de riesgo, así como a la frecuentación de amigos jugadores. A medida que el tratamiento avanza, se procede a una atenuación gradual del control de estímulos, excepto en lo referido a las «malas compañías».

Con la exposición gradual *en vivo* con prevención de respuesta se fuerza al sujeto a que experimente *deseos de jugar* y a que aprenda a *resistir* esos deseos de forma gradualmente más autocontrolada. Con la repetición de la exposición sistemática a las situaciones de riesgo éstas pierden la potencia inductora de las conductas de juego.

Estas dos técnicas se utilizan conjuntamente en un formato de terapia individual. El control de estímulos puede detener la conducta de juego, pero si no se lleva a cabo una exposición planificada, la recaída a medio plazo es más probable. El diario detallado de sesiones, con las tareas para casa correspondientes, figura en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Prevención de recaídas individual. Este programa tiene por objetivo, en primer lugar, enseñarle al paciente a identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída; y en segundo lugar, dotarle de respuestas de afrontamiento adecuadas ante las situaciones problemáticas. En este sentido, el paciente aprende a identificar y discriminar las situaciones peligrosas que le pueden llevar a una *caída* inicial en el juego. Las principales situaciones de alto riesgo en las que se centra el programa son la presión social, los estados emocionales negativos (ansiedad, depresión, irritabilidad, etc.) y los

conflictos interpersonales. Estas tres situaciones constituyen los principales factores de riesgo para la recaída (*cfr.* Marlatt y Gordon, 1985).

No obstante, el programa abarca también el afrontamiento de las situaciones de alto riesgo específicas para cada paciente, así como una intervención educativa en los factores que pueden contribuir a la recaída: abuso de alcohol, expectativas positivas en relación con el juego, ausencia de una planificación adecuada del dinero, pobreza de recursos psicológicos y de actividades lúdicas, etc. Por último, una vez que el paciente ha aprendido a identificar las situaciones de alto riesgo, así como las estrategias de afrontamiento adecuadas, se elabora un programa individualizado de exposición a dichas situaciones de riesgo, con el objetivo de poner en práctica las estrategias de afrontamiento aprendidas en las sesiones y aumentar así las expectativas de autoeficacia. El diario detallado de sesiones, con las tareas para casa correspondientes, figura en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Prevención de recaídas grupal. Las características de esta modalidad (grupo de 4 a 7 personas) son las mismas que en la modalidad individual. La única diferencia es que la duración de las sesiones es mayor (2 horas cada sesión) por las peculiaridades del tratamiento grupal: cohesión de los miembros del grupo, mayor diversidad de situaciones, atención individualizada a cada paciente, etc.

Procedimiento

El programa de evaluación y tratamiento, elaborado conjuntamente entre el director de la investigación -el primer firmante de este trabajo- y el terapeuta, se puso a prueba, a modo de estudio-piloto, con una muestra de 5 pacientes antes de comenzar propiamente con la investigación.

Evaluación

Se llevó a cabo una entrevista basada en los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994) y la aplicación del *SOGS* en la fase de selección, a modo de pruebas de «screening», para determinar qué

sujetos iban a formar parte del estudio. Por razones éticas, los pacientes excluidos de la investigación recibían también asistencia terapéutica, pero sin ser incluidos en este estudio.

Se efectuó la evaluación de todos los pacientes seleccionados antes de comenzar con el programa de tratamiento inicial. Se llevaron a cabo 3 sesiones de evaluación, de una hora de duración, con cada uno de los sujetos que componían la muestra. En la primera sesión se realizaba una entrevista inicial, en la que se recogían los datos demográficos y las características de la conducta de juego y se les explicaba el contenido del tratamiento; en las dos últimas, los pacientes cumplimentaban todos los autoinformes que se han utilizado en esta investigación.

Una vez terminada la terapia inicial, se realizaba una sesión de evaluación postratamiento, con el objetivo de constatar los resultados terapéuticos y de seleccionar los pacientes que iban formar parte de la investigación. El requisito indispensable era la consecución de la abstinencia total del juego. Los sujetos que reunían los criterios de admisión se asignaban aleatoriamente a una de las tres condiciones experimentales. Esta sesión servía también como evaluación previa a la intervención para la prevención de recaídas.

Las siguientes evaluaciones tuvieron lugar cuando se concluyó el programa de prevención de recaídas y en los diferentes seguimientos (1, 3 y 6 meses). El objetivo de los controles de seguimiento era constatar el mantenimiento de los resultados terapéuticos.

Los sujetos que han formado parte del grupo de control recibieron las mismas sesiones de evaluación y en los mismos momentos que los sujetos de los grupos experimentales.

Tratamiento

El terapeuta que ha llevado a cabo la evaluación y el tratamiento de todos los pacientes -el segundo firmante de este trabajo- es un psicólogo clínico con formación en terapia de conducta y con 5 años de experiencia en el tratamiento del juego patológico.

Las características generales del procedimiento terapéutico en cada una de las modalidades clínicas figuran expuestas en la *tabla 2*.

Tabla 2.- Características de las modalidades terapéuticas

TIPO DE TRATAMIENTO	MODALIDAD	DURACIÓN EN SEMANAS	NÚMERO DE SESIONES SEMANALES	NÚMERO TOTAL DE HORAS
Exposición con prevención de respuesta y control estimular	Individual	5	1	5
Prevencción de recaídas	Individual	4	1	4,5
Prevencción de recaídas	Grupal	4	1	8

RESULTADOS

La muestra total ha estado constituida por 69 jugadores patológicos, que mostraban una dependencia alta del juego en el momento de la consulta inicial. En concreto, la puntuación media en el SOGS era de 10,5 ($DT=2,5$), con un rango de 6 a 15.

Resultados del tratamiento inicial

En lo que se refiere a las tasas de éxitos iniciales, todos los sujetos de la muestra ($N=69$) consiguieron dejar de jugar después de recibir el tratamiento de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta (1ª fase del estudio). De esta forma, el 100% de los jugadores se mostraba abstinerente en la evaluación realizada al terminar la intervención.

Respecto a las variables dependientes del juego y a las medidas psicopatológicas, también se produce una mejoría significativa en todas ellas entre el pretratamiento y el postratamiento (tabla 3).

Tabla 3.- Análisis de medidas repetidas en las variables dependientes del juego y en las medidas psicopatológicas

VARIABLES	MEDIAS (Y DT) EN EL PRETRATAMIENTO	MEDIAS (Y DT) EN EL POSTRATAMIENTO	t
Indicador subjetivo del paciente (rango: 0-20)	15,3 (3,5)	1,9 (1,5)	32,1 **
Valoración del familiar (rango: 0-20)	16,1 (2,7)	1,9 (1,8)	36,5 **
Frecuencia (días/semana)	5,1 (1,6)	0	25,7 **
Dinero (pts./semana)	18.840 (11.973)	0	13,1 **
Tiempo (horas/semana)	8,1 (7,1)	0	9,4 **
Ansiedad (STAI-E) (rango: 0-60)	31,8 (11,3)	15,2 (10,4)	15,7 **
Depresión (BDI) (rango: 0-63)	17,6 (7,1)	8,7 (5,9)	13,4 **
Inadaptación (EI) (rango: 0-30)	15,5 (6,6)	8,5 (5,8)	9,6 *

* $p < 0,01$ ** $p < 0,001$

Por lo tanto, los 69 sujetos seleccionados para comenzar la investigación pasaron a formar parte de la 2ª fase del estudio, referida a la comparación de la eficacia de dos modalidades de prevención de recaídas, en relación con un grupo de control sin dicha intervención.

Resultados de la prevención de recaídas

Tasas de éxitos y fracasos

En esta investigación se entiende por *éxito terapéutico* la abstinencia o la ocurrencia de 1 o 2 episodios aislados de juego durante

los 6 meses siguientes a la terapia, siempre que el gasto total no haya sido superior al de una semana de juego en la fase previa al tratamiento. En la tasa de fracasos se incluyen, con un criterio estricto, tanto los fracasos como los abandonos.

Las diferencias entre los grupos comienzan a aparecer a partir del seguimiento de los 3 meses. En este momento los dos grupos experimentales muestran una tasa de éxitos del 91%, que se reduce a un 61% en el caso del grupo de control. Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2=9,28$; $p<0,01$) (tabla 4).

Estas diferencias se mantienen también en la evaluación de los 6 meses. En concreto, en este seguimiento los dos grupos terapéuticos son homogéneos entre sí, con una tasa de éxitos del 87%, y significativamente superiores al grupo de control (56%) ($X^2=7,97$; $p<0,05$).

Tabla 4.- Tasa de éxitos y resultados de x^2 en los distintos momentos de evaluación ($n=69$)

Evaluación	Tratamiento individual	Tratamiento grupal	Grupo de control	X^2
	N (%)	N (%)	N (%)	
Post.	23 (100%)	23 (100%)	21 (91,3%)	4,11
1 mes	22 (95,7%)	21 (91,3%)	17 (73,9%)	5,36
3 meses	21 (91,3%)	21 (91,3%)	14 (60,9%)	9,28 **
6 meses	20 (87%)	20 (87%)	13 (56,5%)	7,97 *

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Resultados de las variables dependientes del juego y de las medidas psicopatológicas

a) Análisis intergrupal

Las medias y desviaciones típicas de las variables dependientes del juego y de las medidas psicopatológicas estudiadas en los diferentes momentos de evaluación figuran en las *tablas 5 y 6*, respectivamente.

Tabla 5.- Medias, desviaciones típicas y valores de *f* en las variables dependientes del juego

	Tratamiento individual	Tratamiento grupal	Grupo de control	<i>F</i>
	X (DT)	X (DT)	X (DT)	
INDICADOR SUBJETIVO (0-20)				
Pretratamiento	1,9 (1,6)	2,2 (1,9)	1,7 (0,9)	0,25
Postratamiento	0,6 (1,3)	0,8 (1,6)	1,5 (3,4)	0,84
1 mes	0,4 (1,2)	0,6 (2,3)	3,7 (7,1)	3,90 *
3 meses	1,0 (4,1)	1,0 (2,7)	4,9 (7,5)	4,10 *
6 meses	1,1 (4,1)	1,1 (3,5)	5,3 (8,1)	4,05 *
VALORACIÓN DEL FAMILIAR (0-20)				
Pretratamiento	1,7 (2,1)	2,1 (2,1)	1,8 (1,2)	0,29
Postratamiento	1,1 (1,9)	1,4 (1,8)	1,2 (3,2)	0,12
1 mes	1,2 (2,2)	1,5 (3,6)	3,7 (6,9)	1,77
3 meses	1,2 (4,1)	1,5 (4,1)	4,8 (7,3)	2,95
6 meses	1,3 (4,1)	1,8 (3,4)	5,5 (8,3)	2,94

* $p < 0,05$

Tabla 6.- Medias, desviaciones típicas y valores de *f* en las variables psicopatológicas

	Tratamiento individual	Tratamiento grupal	Grupo de control	<i>F</i>
	X (DT)	X (DT)	X (DT)	
ANSIEDAD (<i>STAI</i>) (0-60)				
Pretratamiento	15,3 (12,1)	14,6 (5,2)	15,7 (12,5)	0,06
Postratamiento	7,3 (11,3)	7,1 (3,3)	14,6 (12,1)	4,25 *
1 mes	5,1 (9,2)	6,1 (5,4)	13,7 (11,5)	5,69 **
3 meses	5,2 (9,3)	4,3 (5,5)	14,9 (12,1)	8,19 ***
6 meses	4,7 (9,1)	4,4 (7,8)	13,7 (12,4)	5,77 **
DEPRESIÓN (<i>BDI</i>) (0-63)				
Pretratamiento	8,3 (4,5)	8,1 (4,4)	9,7 (8,1)	0,48
Postratamiento	3,3 (4,6)	4,1 (3,4)	6,1 (8,2)	1,37
1 mes	2,6 (3,6)	4,1 (5,7)	6,5 (8,6)	2,06
3 meses	2,3 (4,3)	3,1 (4,9)	7,1 (7,9)	3,85 *
6 meses	1,8 (4,5)	2,8 (5,3)	7,3 (8,2)	4,63 *
INADAPTACIÓN (<i>EI</i>) (0-30)				
Pretratamiento	8,3 (5,8)	9,1 (5,6)	8,2 (6,2)	0,13
Postratamiento	6,1 (4,5)	7,1 (6,1)	6,6 (8,8)	0,10
1 mes	4,5 (4,6)	5,4 (6,2)	8,7 (10,1)	1,95
3 meses	3,1 (5,9)	3,1 (5,6)	7,5 (9,5)	2,56
6 meses	2,5 (5,4)	3,1 (7,1)	7,4 (10,1)	2,42

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En lo que se refiere a las variables de juego, en el ANOVA de medidas independientes sólo hay diferencias en el indicador subjetivo del paciente. Estas diferencias comienzan en el seguimiento de un mes ($F=3,90$; $p<0,05$) y se mantienen también en el de los 6 meses ($F=4,05$; $p<0,05$). La prueba post-hoc *LSD*, realizada en el control de los 6 meses, revela, por un lado, la superioridad de los grupos experimentales con respecto al grupo de control y, por otro, la inexistencia de diferencias entre uno y otro grupo terapéutico (tabla 7).

Tabla 7.- Diferencias entre grupos según el análisis de varianza y la prueba post-hoc *lsd* en el seguimiento de los 6 meses

VARIABLES	EFECTO DEL TRATAMIENTO	COMPARACIONES ENTRE GRUPOS		
		LSD		
		Grupo 1 vs. Grupo 2	Grupo 1 vs. Grupo 3	Grupo 2 vs. Grupo 3
	$F (2,61)$	(p)	(p)	(p)
VARIABLES DE JUEGO				
Indicador subjetivo del paciente	4,05 *	---	0,05	0,05
Valoración del familiar	2,94	---	---	---
VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS				
Ansiedad	5,77 **	---	0,01	0,01
Depresión	4,63 *	---	0,05	0,05
Inadaptación	2,42	---	---	---
Grupo 1: Tratamiento individual Grupo 2: Tratamiento grupal Grupo 3: Grupo de control		* $p < 0,05$	** $p < 0,01$	

En cuanto a las medidas psicopatológicas, en el ANOVA hay diferencias significativas en ansiedad y en depresión, que se mantienen hasta el seguimiento de los 6 meses. En concreto, la prueba post-hoc *LSD* en este momento de evaluación muestra, por un lado, la superioridad de los grupos experimentales en la reducción de la ansiedad y de la depresión con respecto al grupo de control y, por otro, la inexistencia de diferencias significativas entre los dos grupos terapéuticos en estas dos variables (tabla 7).

b) Análisis intragrupal

En las tablas 8 y 9 figuran los valores de *F* y de *t*, referidos a los momentos fundamentales de evaluación, del ANOVA de medidas repetidas en las principales variables dependientes del juego y en las medidas psicopatológicas de todos los grupos. La evolución de dichas medidas durante todo el tratamiento está representada en las figuras 1 y 2.

Tabla 8.- Valores de *f* y de *t* en el análisis de varianza de medidas repetidas en las variables de juego

	TRATAMIENTO INDIVIDUAL	TRATAMIENTO GRUPAL	GRUPO DE CONTROL
INDICADOR SUBJETIVO	<i>F</i> = 3,96 *	<i>F</i> = 5,56 **	<i>F</i> = 3,94 *
	<i>t</i>	<i>t</i>	<i>t</i>
Pre.-Post.	6,99 *** (+ + +)	6,20 *** (+ + +)	1,00
Post.-6 meses	0,82	0,60	2,18 *
VALORACIÓN DEL FAMILIAR	<i>F</i> = 1,31	<i>F</i> = 0,44	<i>F</i> = 4,31 *
	<i>t</i>	<i>t</i>	<i>t</i>
Pre.-Post.	3,04 ** (+)	4,74 *** (+ + +)	1,00
Post.-6 meses	0,49	0,35	2,35 *

Nivel de significación nominal: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Corrección de Bonferoni para 2 comparaciones: + $p < 0,025$ ++ $p < 0,005$ +++ $p < 0,0005$

Tabla 9.- Valores de *f* y de *t* en el análisis de varianza de medidas repetidas en las variables psicopatológicas

	TRATAMIENTO INDIVIDUAL	TRATAMIENTO GRUPAL	GRUPO DE CONTROL
ANSIEDAD (<i>STAI</i>)	$F = 24,2$ ***	$F = 24,5$ ***	$F = 1,42$
	t	t	t
Pre.-Post.	_____	_____	_____
Post.-6 meses	4,76 *** (+++) 2,16 *	6,80 *** (+++) 1,82	1,00 0,76
DEPRESIÓN (<i>BDI</i>)	$F = 36,6$ ***	$F = 16,4$ ***	$F = 3,29$ *
	t	t	t
Pre.-Post.	_____	_____	_____
Post.-6 meses	7,07 *** (+++) 1,37	4,97 *** (+++) 0,98	1,00 0,55
INADAPTACIÓN (<i>Escala de Inadaptación</i>)	$F = 14,33$ ***	$F = 7,14$ **	$F = 0,41$
	t	t	t
Pre.-Post.	_____	_____	_____
Post.-6 meses	4,82 *** (++++) 3,03 ** (+)	2,98 ** (+) 2,16 *	1,00 0,15
Nivel de significación nominal: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ Corrección de Bonferroni para 2 comparaciones: + $p < 0,025$ ++ $p < 0,005$ +++ $p < 0,0005$			

En los dos grupos terapéuticos se aprecia, por un lado, una mejoría en las variables subjetivas del juego (percepción del paciente y del familiar) entre el pre y el postratamiento y, por otro, un mantenimiento de estos resultados hasta el seguimiento de los 6 meses. Por otra parte, en el grupo de control no se observa ningún cambio significativo entre el pre y el postratamiento, pero hay una tendencia al empeoramiento en los posteriores controles de seguimiento.

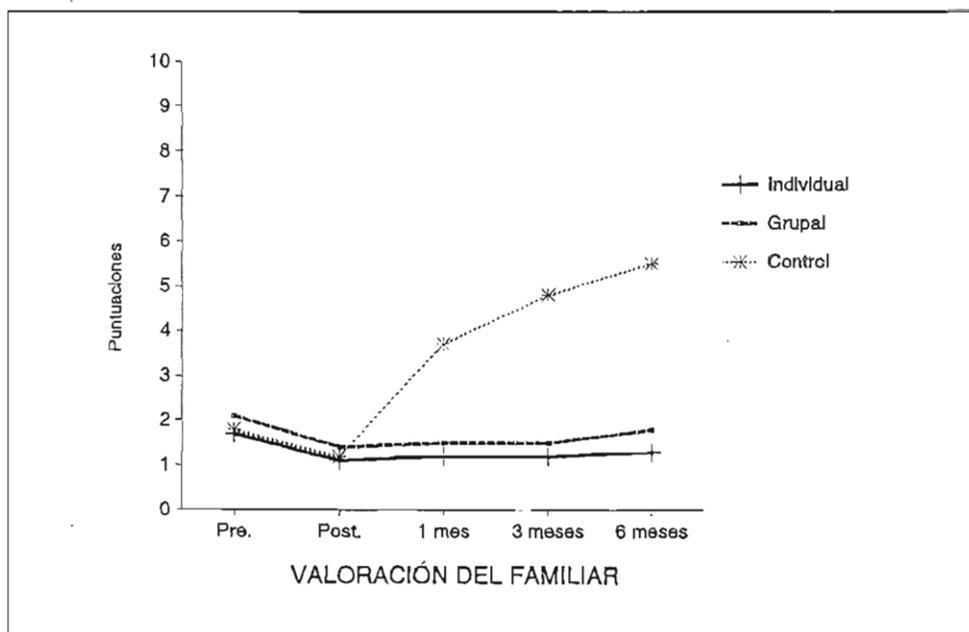
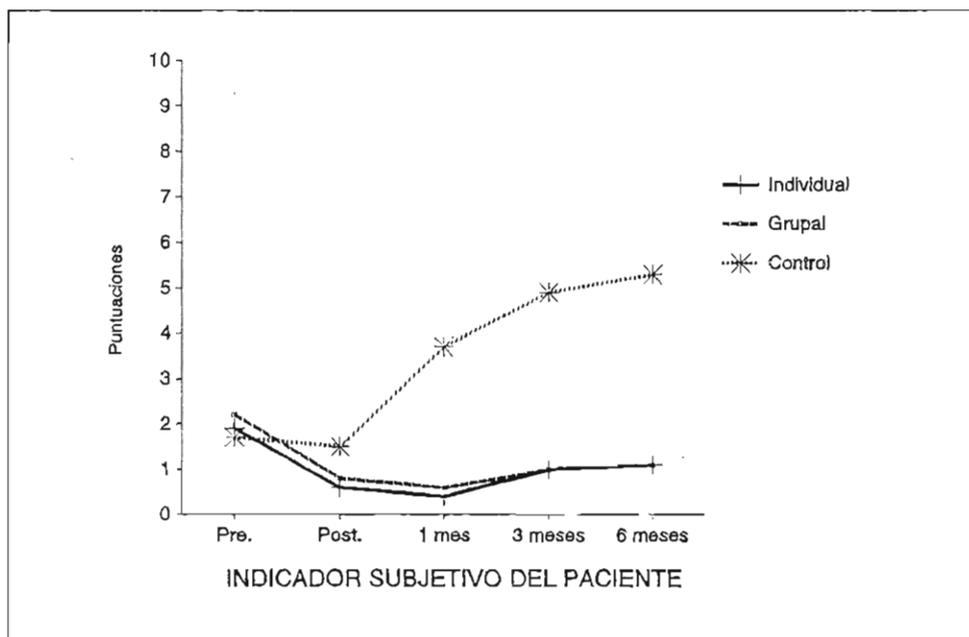


Figura 1.- Evolución de las variables de juego

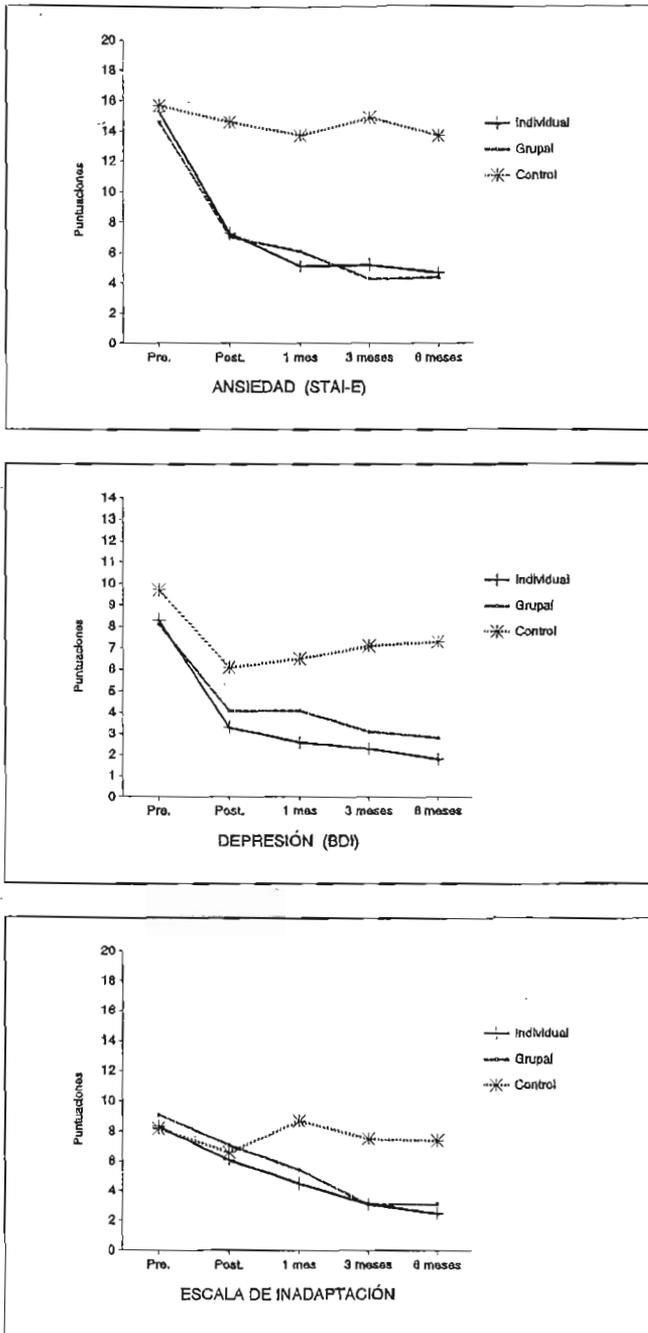


Figura 2.- Evolución de las variables psicopatológicas

En cuanto a las variables psicopatológicas (ansiedad, depresión e inadaptación), en los dos grupos terapéuticos se observa una mejoría significativa entre el pre y el postratamiento, que se mantiene constante hasta el seguimiento de los 6 meses, excepto en la medida de inadaptación, que tiende a mejorar. Por el contrario, en el grupo de control no hay una remisión de los síntomas psicopatológicos asociados.

Abandonos, fracasos terapéuticos y recaídas

El número de abandonos en todas las fases de la investigación es de 7, que supone un 10,1% de los sujetos que inician el tratamiento. No hay diferencias significativas entre las distintas modalidades -ni siquiera entre los grupos experimentales y el grupo de control- o entre los diferentes momentos del programa terapéutico en cuanto a los abandonos, pero éstos tienden a darse -como es habitual en las conductas adictivas- en los 3 primeros meses después de finalizar la intervención terapéutica. Los sujetos que abandonan se diferencian únicamente en el nivel significativamente superior ($t=2,24$; $p<0,05$) de ansiedad ($X=39,6$; $DT=4,50$) respecto a los que permanecen en el estudio ($X=29,5$; $DT=9,89$) cuando acuden por primera vez a consulta.

En relación con las recaídas, son 9 (el 13% de la muestra) los sujetos que no consiguen mantenerse abstinentes hasta el seguimiento de los 6 meses. Las recaídas tienden a producirse en el grupo de control sin tratamiento.

La tasa conjunta de fracasos (abandonos + recaídas) asciende al 23,1% (16 sujetos) de la muestra inicial. Desde una perspectiva cualitativa, la mayoría de los fracasos (el 81,2%) tienen lugar en los tres primeros meses tras la intervención. Asimismo las recaídas se producen principalmente en el grupo de control.

CONCLUSIONES

La validez de esta investigación deriva de la equivalencia de los grupos en el pretratamiento y de la coherencia de los resultados obtenidos en las distintas variables medidas, así como de la homo-

geneidad de la muestra y del tamaño de la misma ($N=69$). Asimismo, se ha valorado el éxito terapéutico con variables dependientes múltiples (dinero, frecuencia, tiempo, indicador subjetivo del paciente y valoración del familiar) y se han diseñado instrumentos apropiados para su evaluación. Por otra parte, en este estudio, a efectos de evitar una sobreestimación de la probabilidad de éxitos, se incluye, según la sugerencia de Blaszczynski (1993), la tasa de abandonos en la de fracasos.

Se trata de la primera investigación clínica controlada en la que se pone a prueba específicamente un programa de prevención de recaídas. En algunos estudios publicados se incluye la prevención de recaídas como un componente más del programa de tratamiento del juego patológico (*cf.* González, 1989; Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert, 1994; Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1994; Lesieur y Blume, 1991; Mercadé, González, Pastor y Aymamí, 1990; Schwartz y Lindner, 1992; Sylvain y Ladouceur, 1997; McCormick y Taber, 1991). Sin embargo, en este tipo de programas terapéuticos multicomponentes resulta difícil aislar el peso específico de la prevención de recaídas, así como el del resto de los componentes.

El juego patológico se muestra como un trastorno susceptible de tratamiento con éxito, a pesar del nivel de gravedad con el que los pacientes acuden a la consulta. De hecho, en esta investigación el control de estímulos y la exposición *en vivo* con prevención de respuesta han conseguido el 100% de abstinencia al finalizar la intervención. Estos resultados coinciden con los obtenidos en un estudio anterior de nuestro grupo (Echeburúa *et al.*, 1994, 1996), lo que refuerza el alcance de este hallazgo. Por lo tanto, la combinación de estas dos técnicas constituye, hoy por hoy, el tratamiento de elección para conseguir el cese total de la conducta de juego, así como una mejoría en las variables psicopatológicas asociadas.

Desde la perspectiva de la eficacia de la prevención de recaídas, los resultados ponen de manifiesto la superioridad de ambas modalidades con respecto al grupo de control, sin que haya diferencias entre ellas. En concreto, el grupo de control presenta en el seguimiento de los 6 meses una tasa de recaídas del 43,5%, a pesar de que todos los sujetos estaban abstinentes tras recibir el tratamiento inicial. Esta cifra es mucho más elevada que la registrada en los grupos terapéuticos (el 13% en cada uno de ellos). A la vista de estos

resultados, parece necesario, por lo tanto, completar el programa de tratamiento del juego patológico con una intervención específica para la prevención de recaídas. Se trata, en definitiva, de enseñar a los pacientes a identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída, así como estrategias adecuadas para afrontar estas situaciones.

Además de a la *eficacia*, una conclusión importante de este estudio hace referencia a la *eficiencia*. Desde una perspectiva de costes y beneficios, la posibilidad de aplicar la intervención en un formato grupal supone un ahorro de costes importante, sobre todo en las Asociaciones de Jugadores y en los Centros de Salud Mental -en ocasiones desbordados por el número de pacientes en busca de ayuda-, en los que se puede tratar a un mayor número de pacientes de forma conjunta y con una inversión de tiempo menor, sin que por ello disminuya la calidad de la intervención.

En cualquier caso, los resultados obtenidos en esta investigación en el seguimiento de los 6 meses son sensiblemente superiores a los encontrados con otro tipo de modalidades terapéuticas (*cfr.* McConaghy *et al.*, 1983, 1988; Blaszczynski *et al.*, 1991; Echeburúa *et al.*, 1994, 1996; Sylvain y Ladouceur, 1997).

En cuanto a la evolución terapéutica, el tratamiento inicial consigue una mejoría rápida en todas las variables estudiadas, tanto en las de juego -a las que va dirigido específicamente el programa- como en las psicopatológicas. Posteriormente, cuando se aplica el programa de prevención de recaídas, la mejoría continúa, aunque ahora de forma más lenta, en uno y otro tipo de variables -a excepción de la valoración del familiar-. Estos resultados se mantienen estables hasta el seguimiento de los 6 meses. El grupo de control, en cambio, no aumenta la mejoría después de finalizar el tratamiento inicial, sino que experimenta una tendencia al empeoramiento.

Una hipótesis explicativa de la mayor lentitud en la mejoría de la percepción del familiar con respecto al paciente radica en que, habitualmente, el familiar percibe más tardíamente los cambios que se producen en el sujeto, tanto los positivos como los negativos.

La tasa de abandonos de esta investigación es de un 10% del total de la muestra, que es claramente inferior a la del 50% del trabajo de Greenberg y Rankin (1982), a la del 70% en Jugadores Anónimos según el estudio de Brown (1987), a la del 30% en la

investigación de Lesieur y Blume (1991) o a la del 26% del estudio de Echeburúa *et al.* (1994). Cabe, por tanto, concluir que el programa presentado resulta atractivo para los pacientes.

Por último, no se debe olvidar que todavía existe un 13% de sujetos en los que, a pesar de recibir una intervención en prevención de recaídas, los tratamientos utilizados fracasan. Por ello, una línea de investigación sumamente interesante es el estudio pormenorizado de los fracasos terapéuticos para determinar las variables predictoras de la recaída y mejorar, de este modo, el tratamiento de este cuadro clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association** (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed.), Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association** (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed. rev.), Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. ed.). Washington, DC: Author.
- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J.** (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305.
- Baum, J.G., Clark, H.B. y Sandler, J.** (1991). Preventing relapse in obesity through posttreatment maintenance systems. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 287-302.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brower (original, 1979).
- Becoña, E.** (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L.** (1998). *Tratamiento de los fumadores*. Madrid. Dykinson.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Orn, H. y Stebelsky, G.** (1993). Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 108-112.
- Blaszczynski, A.P.** (1985). A winning bet: Treatment for compulsive gambling. *Psychology Today*, December, 38-46.
- Blaszczynski, A.P.** (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, 1, 409-440.

- Blaszczynski, A., McConaghy, N. y Frankova, A. (1991). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addictions*, 86, 299-306.
- Brown, R.I. (1987). Dropouts and continuers in Gamblers Anonymous: 4. Evaluation and summary. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 202-210.
- 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.
- Carmody, T.P. (1992). Preventing relapse in the treatment of nicotine addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 131-158.
- Casas, M. y Gossop, M. (Eds.) (1993). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona. Citrán.
- Curry, S.J. y McBride, C.M. (1994). Relapse prevention for smoking cessation: Review and evaluation of concepts and interventions. *Annual Review of Public Health*, 15, 345-366.
- Donovan, D.M. y Ito, J.R. (1988). Cognitive-behavioral relapse prevention strategies and aftercare in alcoholism rehabilitation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2, 74-81.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994b). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. *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.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.

- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid. Tibidabo.
- Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
- Hudson, S.M., Ward, T. y Marshall, W.L. (1992). The abstinence violation effect in sex offenders: A reformulation. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 435-441.
- Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla. Comisionado para la Droga. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Ito, J.R., Donovan, D.M. y Hall, J.J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: Effects on drinking outcome, change process and aftercare attendance. *British Journal of Addictions*, 83, 171-181.
- Ladouceur, R., Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. *Behavior Modification*, 18, 230-242.
- Laws, D.R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York. Guilford Press.
- Legarda, J.J., Babio, R. y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS). A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1189.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addictions*, 86, 1017-1028.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.
- Marshall, W.L. y Fernández, Y.M. (1997). Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: El tratamiento de la delincuencia sexual. En V.E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol.1). Madrid. Siglo XXI.
- 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. Implications for behavioral assessment. *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.
- McCormick, R.A. y Ramírez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (Ed.). *Modern perspectives in psychosocial pathology*, New York. Brunner/Mazel Inc.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1991). Follow-up of male pathological gamblers after treatment: The relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies*, 7, 99-108
- Mercadé, V.P., González, A., Pastor, C. y Aymamí, N. (1990). Juego patológico y grupo: una posibilidad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 16, 19-24.
- Minneker, E., Unland, H. y Buchkremer, G. (1992). Behavioral relapse prevention strategies in smoking cessation. *International Journal of the Addictions*, 27, 627-634.
- Mines, R.A. y Merriñ, C.A. (1987). Bulimia: Cognitive-behavioral treatment and relapse prevention. *Journal of Counseling and Development*, 65, 565-564.
- Neidigh, L. (1991). Implication of a relapse prevention model for the treatment of sexual offenders. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 11, 42-50.
- Schwartz, J. y Lindner, A. (1992). Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, 8, 93-109.
- Sharpe, L. (1997). Juego patológico. En V.E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol.1). Madrid. Siglo XXI.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).
- Sylvain, C. y Ladouceur, R. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.
- Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1618-1619.