

VARIABLES PREDICTORAS DE ABANDONOS Y RECAIDAS EN EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLOGICO

Concepción Báez Gallo
Enrique Echeburúa Odriozola
Javier Fernández-Montalvo

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

RESUMEN

En este artículo se presenta un estudio empírico sobre las características de los jugadores patológicos que abandonan el tratamiento o que tienen recaídas en el período de seguimiento de 1 año. La muestra consta de 48 pacientes seleccionados con arreglo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. La única diferencia entre los que abandonan el tratamiento y los que lo completan es que los primeros son de mayor edad que los segundos. Las variables predictoras de las recaídas son la insatisfacción con el tratamiento, la antigüedad de la dependencia y el neuroticismo como variable de personalidad. Se comentan las implicaciones de este estudio para la investigación y la práctica clínica.

Palabras clave: JUEGO PATOLOGICO. ABANDONO DEL TRATAMIENTO. RECAIDA. VARIABLES PREDICTIVAS.

SUMMARY

The aim of this paper was to determine the features of pathological gamblers who dropped out the treatment or relapsed within an one year follow-up period. The sample consisted of 48 patients selected according to DSM-III-R criteria. Results indicated that the only one difference between the patients who dropped out the treatment and the ones who completed it was the age. The former ones were older than the latter ones. Predictive variables for the relapse were the dissatisfaction with the treatment, a long dependence on gambling and the neuroticism as a personality variable. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key-words: PATHOLOGICAL GAMBLING. TREATMENT DROP OUT. RELAPSE. PREDICTIVE VARIABLES.

INTRODUCCION

El juego patológico es un trastorno de conducta en el que las recaídas y los abandonos del tratamiento son muy frecuentes, como ocurre también en el conjunto de las adicciones. Es más, una revisión de la recaída entre los alcohólicos, fumadores, heroinómanos, jugadores patológicos y obesos muestra unas tasas muy similares en estos diferentes cuadros clínicos: los dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas se producen en los tres primeros meses tras la terminación del tratamiento (Brown, 1987, 1989; Echeburúa y Corral, 1986; Marlatt y Gordon, 1985).

Los episodios de recaída, independientemente del trastorno adictivo concreto, aparecen frecuentemente asociados a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (*Tabla 1*). Estos datos apoyan la existencia de elementos comunes subyacentes en todas las conductas adictivas y, por ello, la justificación del estudio de la recaída como una variable relevante en sí misma (Echeburúa, 1993).

TABLA 1.- Análisis de las situaciones que provocan recaídas en alcohólicos, fumadores, heroinómanos, jugadores y obesos (Marlatt y Gordon, 1985)

SITUACION DE LA RECAIDA	ALCOHOLICOS (N=70)	FUMADORES (N=64)	HEROINOMANOS (N=129)	JUGADORES (N=29)	OBESOS (N=29)	TOTAL N=311
Determinantes Intrapersonales						
Estados emocionales negativos	38%	37%	19%	47%	33%	35%
Estados físicos negativos	3%	2%	9%	--	--	3%
Estados emocionales positivos	--	2%	10%	--	3%	4%
Comprobar el control personal	9%	--	2%	16%	--	5%
Tentaciones y necesidades	11%	5%	5%	16%	10%	9%
TOTAL	61%	50%	45%	79%	46%	56%
Determinantes interpersonales						
Conflictos interpersonales	18%	15%	14%	16%	14%	16%
Presión social	18%	32%	36%	5%	10%	20%
Estados emocionales positivos	3%	3%	5%	--	28%	8%
TOTAL	39%	50%	55%	21%	52%	44%

Por lo que se refiere al juego patológico en concreto, los conflictos interpersonales, especialmente los de tipo familiar (Lorenz, 1989), y la afectividad negativa, así como la intensidad de la dependencia al juego antes del tratamiento (McCormick y Taber, 1988), son las variables predictoras más significativas en el seguimiento de los pacientes. Desde esta perspectiva, la activación producida por el juego puede servir como una estrategia de afrontamiento - o un medio de escape- de la depresión o, en otros casos, de la ansiedad suscitada por los problemas interpersonales (Brown, 1989; McCormick y Taber, 1989).

En esta investigación, como también se ha sugerido por Marlatt y Gordon (1985), se hace una distinción entre la *caída* y la *recaída*. Una caída esporádica es un fallo en el intento de una persona para alcanzar la conducta-objetivo de abstinencia y puede tener incluso aspectos positivos: identificar síntomas de riesgo, desarrollar habilidades de afrontamiento, etc. De hecho, un 50% de los pacientes tratados en la muestra de Blaszczynski, McConaghy y Frankova (1991a) y un 21% de los sujetos de la muestra de Russo, Taber, McCormick y Ramírez (1984) considerados como abstinentes en seguimientos a largo plazo habían experimentado algún episodio aislado de juego. Un aspecto de interés es que en la muestra del estudio de Blaszczynski no había diferencias de mejoría entre los sujetos completamente abstinentes y los que habían experimentado alguna caída aislada (Blaszczynski, McConaghy y Frankova, 1991b).

Por el contrario, la recaída es un proceso más estable de retroceso a la conducta anterior al tratamiento. No implica necesariamente la recuperación de la misma inversión de tiempo y de dinero que en el pretratamiento, pero se produce de nuevo una pérdida de control y supone un claro perjuicio emocional, familiar, laboral y económico para la persona afectada.

En concreto, en este estudio se considera de forma operativa como recaída a la situación en la que el paciente tiene más de dos episodios aislados de juego o un gasto total superior al de una semana de juego en el pretratamiento durante los doce meses siguientes a la terminación de la terapia.

El análisis de las recaídas en el juego patológico tiene un interés añadido en relación con otro tipo de trastornos adictivos. Al no

existir una sustancia tóxica que sea responsable de la dependencia física y explique, al menos hasta cierto punto, la probabilidad de recaída, en el juego patológico se posibilita el estudio de los factores puramente psicológicos de tal fenómeno.

A diferencia de otros estudios con un mayor énfasis en los aspectos más cognitivos y situacionales (Harris, 1988), en este trabajo se van a analizar las variables demográficas, de personalidad y psicopatológicas -que no han sido objeto de estudio hasta la fecha- como predictores de la recaída. Se trata, en último término, de determinar los factores de riesgo más significativos desde esta perspectiva y de precisar el tipo de pacientes que pueden ser tributarios de un tratamiento más intensivo, prolongado o diferenciado.

Los resultados presentados en este trabajo forman parte de una investigación más amplia sobre la efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994a).

METODO

Sujetos

La muestra total de sujetos de este estudio contó con 48 jugadores patológicos -todos los pertenecientes a los grupos experimentales en el estudio de Echeburúa *et al.* (1994a)- tratados en el Centro de Salud Mental de Rentería (Guipúzcoa) entre 1990 y 1992.

Se seleccionó a los pacientes en función de los siguientes criterios: a) cumplir los criterios diagnósticos de juego patológico según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987); b) tener una puntuación igual o superior a 8 en el Cuestionario de Juego de South Oaks (Lesieur y Blume, 1987); c) no estar aquejados de otros trastornos psicopatológicos; y d) jugar fundamentalmente a máquinas recreativas (sin duda, el juego que más adicción genera y del que existe una mayor demanda terapéutica). Se trataba, en último término, de contar con jugadores "puros" -no afectados por otros cuadros clínicos- y homogéneos en cuanto al tipo de juego implicado.

En cuanto a las características demográficas más significativas de la muestra seleccionada, la edad media era de 35 años ($DT=11$) y había una proporción de 4/5 hombres por cada mujer, que es similar a la presentada en otros estudios (McConaghy, Blaszczyński y Frankova, 1991; Saiz-Ruiz, Moreno y López-Ibor, 1992). El nivel socioeconómico de la mayoría era de clase media y media-baja.

Por término medio, la conducta de juego antes del tratamiento era frecuente (6 veces por semana), suponía una inversión considerable de dinero (10.000 pts. semanales) e implicaba una dedicación de tiempo (6 horas semanales) relativamente alta, así como un nivel de endeudamiento importante.

Diseño

En la investigación original (Echeburúa *et al.*, 1994a) se utilizó un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas, con tres grupos experimentales [a) tratamiento individual de control de estímulos y exposición gradual en vivo con prevención de respuesta; b) terapia de grupo cognitivo-conductual; y c) tratamiento combinado] y un grupo de control de lista de espera.

No obstante, dado el carácter correlacional de este estudio, y a efectos de aumentar la potencialidad de los análisis estadísticos, en este trabajo se agrupa a todos los pacientes de las modalidades terapéuticas en un único grupo. La exclusión de los sujetos del grupo de control responde al objetivo de la investigación: estudiar las variables predictoras de la recaída en sujetos previamente tratados.

Instrumentos de medida

Una descripción detallada de los instrumentos de evaluación utilizados en la investigación completa figura en Echeburúa *et al.* (1994a). En los párrafos siguientes sólo se describen los cuestionarios que son pertinentes para el objetivo de este artículo.

Evaluación de la dependencia al juego

El *Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987; validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b) es un instrumento 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. Una puntuación superior a 5 en la versión original (Lesieur y Blume, 1987) y a 4 en la validación española (Echeburúa *et al.*, 1994b) sirve para discriminar a los jugadores patológicos probables. En este estudio, sin embargo, se ha utilizado 8 como punto de corte para aumentar la especificidad del cuestionario.

Según la validación española del SOGS (Echeburúa *et al.*, 1994b), la fiabilidad test-retest es de 0,98 y la consistencia interna es de 0,94. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica del juego patológico según los criterios diagnósticos del DSM-III-R es de 0,94.

Dimensiones de personalidad y variables psicopatológicas

El *Cuestionario de Personalidad EPQ* (Eysenck y Eysenck, 1976) está formado por 94 ítems de respuestas dicotómicas que miden tres dimensiones básicas de la personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo) y una cuarta escala complementaria de sinceridad, si bien en este estudio sólo se han tomado en consideración las dos primeras. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,88 en la escala de neuroticismo y de 0,83 en la de extraversión (Bermúdez, 1986). A su vez, la validez de criterio de la escala de neuroticismo con cinco medidas diferentes de psicopatología neurótica es de 0,59 a 0,81 (Watson y Clark, 1984); la validez de criterio de la escala de extraversión con la afectividad positiva en la dimensión de sociabilidad es asimismo satisfactoria (Watson, 1988). La versión española de este cuestionario está publicada por T.E.A. (1978).

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. Esta última escala es la que se ha tomado en consideración en este estudio. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. 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 versión española de esta escala está publicada por T.E.A. (1982).

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. 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. Una versión española de este instrumento figura en Conde y Franch (1984).

Otras medidas

El *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen, Atkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979) tiene por objetivo valorar el grado de satisfacción del paciente con el programa de intervención recibido.

El instrumento consta de ocho ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento.

Los ítems están estructurados en una escala de tipo Likert, 5 formulados en forma positiva y 3 en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 1 a 4. El rango total del cuestionario es, por tanto, de 8 a 32. Una versión española de este instrumento figura en Echeburúa (1995).

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se realizó un análisis de varianza para determinar si había diferencias en el pretratamiento entre aquellos

pacientes que abandonaron el estudio y los que lo completaron. Las variables estudiadas fueron los factores demográficos (sexo, ingresos mensuales, etc.), las medidas centrales de la conducta de juego (puntuación en el SOGS, cantidad de dinero jugada, deuda pendiente, etc.), las dimensiones de personalidad (neuroticismo y extraversión) y las medidas psicopatológicas (ansiedad y depresión).

En segundo lugar, y dado que el resultado del tratamiento se consideró como una variable dicotomizada (abstinencia/recaída), se utilizó un análisis discriminante para establecer el valor predictivo de las variables estudiadas sobre las recaídas. Para ello se calcularon, en un primer paso, las correlaciones bivariadas de las variables demográficas, de personalidad y psicopatológicas con la variable criterio. A continuación, en un segundo paso, se seleccionaron como variables intervinientes en el análisis discriminante aquellas que tenían una correlación significativa con las recaídas.

RESULTADOS

Rechazos y abandonos

Como se puede ver en la *Tabla 2*, la cantidad global de rechazos al tratamiento fue de 9 (un 6,3%) sobre una muestra inicial total -en la fase de "screening"- de 142 sujetos. Se trataba, en general, de pacientes que acudían al tratamiento bajo presión familiar o laboral, que mostraban un rechazo pasivo a cualquier tipo de terapia y que se caracterizaban por una negación de la enfermedad.

El número de abandonos en todas las fases de la investigación fue de 10, que supone un 20,8% de los sujetos que iniciaron el tratamiento (*Tabla 2*). La edad fue la única variable que diferenciaba a estos sujetos de los que continuaron en la investigación ($t=2,53$; $p<0,05$). En concreto, la edad media de los sujetos que abandonaron ($\bar{X}=43,9$; $DT=11,9$) era superior a la del resto de los pacientes ($\bar{X}=34,3$; $DT=10,3$).

TABLA 2.- Resultados globales en el seguimiento de un año

RESPUESTAS AL TRATAMIENTO	N
RECHAZOS	9
PACIENTES TRATADOS	48
Abandonos	10
Abstinentes	23
Recaídas	15

No hubo diferencias significativas entre las distintas modalidades -ni siquiera entre los grupos experimentales y el grupo de control- entre los diferentes momentos del programa terapéutico en cuanto a los abandonos, pero éstos tendían a darse, por un lado, al comienzo del tratamiento (50%) y, por otro, en el grupo combinado (50%) (Tabla 3).

TABLA 3.- Abandonos en las diversas fases del estudio y en las diferentes modalidades terapéuticas (N=10)

	Intrato.	Postto.	1 mes	3 meses	6 meses	12 meses	TOTAL
GRUPO A	1	0	1	0	0	0	2
GRUPO B	2	0	1	0	0	0	3
GRUPO C	2	1	0	0	1	1	5
TOTAL	5	1	2	0	1	1	10

Grupo A: Control de estímulos y exposición con prevención de respuesta.
Grupo B: Terapia de grupo cognitivo-conductual.
Grupo C: Tratamiento combinado.

Recaídas

Todos los sujetos tratados se mantenían sin jugar en la evaluación del postratamiento. Los datos reflejados como recaídas se refieren, por tanto, a pacientes que habían recaído tras un período de abstinencia.

Las recaídas entre el postratamiento y el seguimiento de los 12 meses afectaron a 15 sujetos (el 31,2% de la muestra tratada). Desde una perspectiva cualitativa, la mayoría de las recaídas (el 46,6%) tuvo lugar en el primer mes de seguimiento. Asimismo las recaídas se dieron con más frecuencia en el grupo combinado que en el tratamiento individual ($\chi^2=1,77$; $p<0,05$) (Tabla 4).

TABLA 4.- Recaídas en las diversas fases del estudio

	Postto.	1 Mes	3 Meses	6 Meses	12 Meses	TOTAL
GRUPO A	0	2	0	0	1	3
GRUPO B	0	2	1	0	2	5
GRUPO C	0	3	1	2	1	7
TOTAL	0	7	2	2	4	15
<p>Grupo A: Control de estímulos y exposición con prevención de respuesta. Grupo B: Terapia de grupo cognitivo-conductual. Grupo C: Tratamiento combinado.</p>						

Variables predictorias de la recaída

De todas las correlaciones bivariadas entre las variables demográficas, de personalidad y psicopatológicas en el pretratamiento y en el postratamiento con la recaída a los 12 meses sólo resultaron

TABLA 5.- Análisis discriminante de la recaída/abstinencia

A) <i>Correlaciones bivariadas con el criterio de recaída en el seguimiento de 12 meses</i>			
VARIABLES		CORRELACIONES	
Satisfacción con el tratamiento		-0,53 ***	
Antigüedad de la dependencia en el pretratamiento		-0,39 *	
Neuroticismo		0,33 *	
B) <i>Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante</i>			
		ABSTINENTES (N=23)	RECAÍDAS (N=15)
Satisfacción con el tratamiento		22,5 (1,8)	20,2 (1,9)
Antigüedad de la dependencia en el pretratamiento		49 (32,4)	18,3 (4,1)
Neuroticismo		14,7 (5,6)	25,2 (18,7)
C) <i>Coefficientes tipificados de las variables discriminantes</i>			
VARIABLES		CORRELACIONES	
Satisfacción con el tratamiento		-0,80	
Antigüedad de la dependencia en el pretratamiento		-0,61	
Neuroticismo		0,22	
D) <i>Predicción de resultados</i>			
GRUPOS REALES		GRUPOS PREDICHOS	
		Abstinentes	Recaídas
Abstinentes	23 (60,5%)	19 (82,61%)	4 (17,39%)
Recaídas	15 (39,5%)	1 (6,67%)	14 (93,33%)
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 87,97%			
* p<0,05	** p<0,01	*** p<0,001	

significativas las que figuran en la *Tabla 5*. Todas las demás variables analizadas no presentaban correlaciones significativas, a pesar de que algunas de ellas (como el abuso de alcohol en el pretratamiento y la ansiedad y la depresión en el pre y en el posttratamiento) habían correlacionado significativamente con la recaída a los 6 meses. No obstante, en este estudio sólo se toman en consideración las correlaciones en el seguimiento de los 12 meses, cuando se puede considerar que la conducta de juego (abstinencia o recaída) está suficientemente estabilizada.

El análisis discriminante con estas tres variables dió como resultado una lambda de Wilks de 0,58 ($p < 0,001$) y una correlación canónica de 0,65. En la *Tabla 5* figuran las medias y desviaciones típicas de los sujetos abstinentes y de los que habían recaído en el juego según la función discriminante, así como los coeficientes tipificados que informan sobre el peso relativo diferencial de las distintas variables discriminantes.

En resumen, estas tres variables -las dos primeras, del pretratamiento; la tercera, del posttratamiento- clasifican correctamente de forma conjunta el 87,97% de los casos, con un riesgo de error del 12,03%.

En concreto, los pacientes que recayeron tenían una dependencia reciente a las máquinas tragaperras -un promedio de 1,5 años de descontrol-, manifestaban un mayor nivel de neuroticismo y habían experimentado una menor satisfacción con el tratamiento recibido. Desde esta última perspectiva, la mayor o menor satisfacción con la intervención terapéutica era independiente del tipo de terapia recibido. De hecho, realizado un análisis de varianza entre los tres grupos terapéuticos respecto a esta variable, no hubo diferencias significativas entre los mismos.

CONCLUSIONES

La tasa conjunta de rechazos y abandonos en este estudio asciende al 27% del total de la muestra, que es claramente inferior a la del 50% del estudio de Greenberg y Rankin (1982), a la del 70% en Jugadores Anónimos (Brown, 1987) o incluso a la del 30%

de la investigación de Lesieur y Blume (1991). Desde esta perspectiva, el balance del estudio es razonablemente satisfactorio.

Sólo hay una característica diferenciadora de los que abandonaron el tratamiento respecto a los que lo completaron: una mayor edad. Pero quizá lo más resaltante es que ninguna otra variable diferenció a estos dos grupos. Este hecho puede ser indicativo de que los abandonos forman parte de las características propias de este trastorno, como también ocurre en las adicciones, en lugar de estar determinados por otro tipo de variables más específicas.

De acuerdo con los estudios previos de Marlatt y Gordon (1985) en los trastornos adictivos, las recaídas fueron relativamente numerosas -el 31% de la muestra tratada- y ocurrieron en los primeros meses tras el tratamiento -en concreto, el 46% de los casos en el seguimiento del 1^{er}. mes-. Las recaídas tendían a darse con más frecuencia en el tratamiento combinado, quizá porque los pacientes tienden a no cumplir con constancia los requisitos de los programas que constan de muchos componentes (Hall, 1980).

Las variables predictoras de recaída de mayor peso en este estudio fueron, por orden de importancia, la insatisfacción con el tratamiento, la menor antigüedad en la dependencia y, por último, el neuroticismo como dimensión de personalidad.

Es, por tanto, especialmente resaltante en este estudio la importancia de la satisfacción con el tratamiento como predictor de éxito terapéutico, que es superior al peso específico de otras variables demográficas y psicopatológicas anteriores a la intervención terapéutica.

Por otra parte, si bien resulta sorprendente el mejor pronóstico de una dependencia más antigua al juego, ello puede ser debido al agravamiento de la conducta que puede suscitar en el paciente un aumento de la conciencia de enfermedad y, en último término, una mayor motivación para el tratamiento. Esta explicación es, en todo caso, tentativa y está a falta de una mayor validación empírica.

De las variables de personalidad estudiadas sólo el neuroticismo, que puede facilitar la ocurrencia de estados emocionales negativos frecuentes, tuvo una cierta capacidad predictiva. De hecho, los elementos situacionales tienen mucho mayor peso que las dimensiones de personalidad en la predicción de la recaída. Cuando en

otros estudios se han utilizado otras variables de personalidad -el "locus" de control, por ejemplo- como predictoras de recaída en el juego patológico, los resultados han sido asimismo desalentadores (Johnson, Nora y Bustos, 1992). En cuanto a la inteligencia de los pacientes, sólo en un estudio (McCormick y Taber, 1991) se ha encontrado una correlación positiva entre el nivel intelectual medido por el WAIS -en concreto, por los subtests de dígitos y cubos- y la abstinencia en el seguimiento de los 6 meses. Por el contrario, un bajo nivel intelectual podría facilitar la recaída al ser responsable de una cierta incapacidad en el procesamiento de la información -sobre todo, de los aspectos más cognitivos del programa terapéutico- y, en último término, en la adquisición de estrategias eficaces de afrontamiento.

Los estudios sobre las variables predictivas de los abandonos y de las recaídas no han hecho sino comenzar. Esta línea de investigación es sumamente sugerente. Los avances futuros en el tratamiento de los jugadores patológicos van a depender de la delimitación de subtipos, definidos en buena medida en función de las variables predictivas. Sólo así se podrá diseñar un tratamiento "a la medida" del paciente y abandonar así la idea de que el mismo tipo de tratamiento es el adecuado para todos los jugadores patológicos (Echeburúa y Báez, 1994; McCormick, 1993).

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. Ed. Rev.)*. Washington, DC. Author.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. y Frankova, A. (1991a). Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction*, **86**, 299-306.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. y Frankova, A. (1991b). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *British Journal of Addiction*, **86**, 1485-1489.

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). **An Inventory for Measuring Depression**. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-571.
- Bermúdez, J. (1986). Extraversión: Naturaleza estructural. En J. Bermúdez (Ed.). **Psicología de la Personalidad**. Madrid. UNED. Vol. 1º.
- Brown, R.I.F. (1987). Dropouts and Continuers in Gamblers Anonymous: Part 2. Analysis of Free-Style Accounts of Experiences with G.A. *Journal of Gambling Behavior*, **3**, 68-79.
- Brown, R.I.F. (1989). Relapses from a gambling perspective. En M. GOSSOP (Ed.). **Relapse and addictive behaviour**. London. Croom Helm.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). **Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos**. Valladolid. Upjohn.
- Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el "crack" al juego patológico?. *Psicología Conductual*, **1**, 321-337.
- Echeburúa, E. (1995). **Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social**. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. GRAÑA (Ed.). **Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento**. Madrid. Debate.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, **73**.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994b). El Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, **74**.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, **11**, 16-24.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1976). **Psychoticism as a dimension of personality**. London. Hodder and Staughton.
- Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive Gamblers in Treatment. *British Journal of Psychiatry*, **140**, 364-366.
- Hall, S. (1980). Self-management and Therapeutic Maintenance. Theory and Research. En P. KAROLY (Ed.). **Toward a Psychology of Therapeutic Maintenance: Widening Perspectives**. New York. Gardner Press.
- Harris, J.L. (1988). A model for treating compulsive gamblers through cognitive-behavioral approaches. *Psychotherapy Patient*, **4**, 211-216.
- Johnson, E.E., Nora, R.M. y Bustos, N. (1992). The Rotter I-E scale as a

- predictor of relapse in a population of compulsive gamblers. *Psychological Reports*, **70**, 691-696.
- Larsen, D., Atkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, **2**, 197-207.
- Lesieur, H.R. y 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. *British Journal of Addiction*, **86**, 1017-1028.
- Lorenz, V.C. (1989). Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler's recovery. *Journal of Gambling Behavior*, **5**, 303-312.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. New York. Guilford Press.
- McConaghy, N., Blaszczynski, A. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitization with other behavioural treatment of pathological gambling. A two to nine year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, **159**, 390-393.
- McCormick, R. (1993). La selección de tratamientos para los los jugadores patológicos basados en factores clínicamente significativos. *Psicología Conductual*, **1**, 441-454.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1988). Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, **97**, 368-370.
- McCormick, R.A. y Taber, J.I. (1991). Follow-up of pathological gamblers after treatment: The relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies*, **7**, 99-108.
- Russo, A.M., Taber, J.I., McCormick, R.A. y Ramírez, L. (1984). An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, **35**, 823-827.
- Saiz-Ruiz, J., Moreno, I. y López-Ibor, J.J. (1992). Ludopatía: Estudio clínico y terapéutico-evolutivo de jugadores patológicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, **20**, 189-197.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychological Press.
- T.E.A. (1978). *Manual del Cuestionario de Personalidad para niños y adultos (EPQ)*. Madrid. T.E.A. Ediciones.
- T.E.A. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad de Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid. TEA Ediciones.

Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analysis of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, **54**, 1020-1030.

Watson, D. y Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, **96**, 465-490.