Análisis y Modificación de Conducta, 1994, Vol. 20. Nº 73

EFECTIVIDAD DIFERENCIAL DE DIVERSAS MODALIDADES TERAPEUTICAS EN EL TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL JUEGO PATOLOGICO: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL

Enrique Echeburúa Odriozola
Concepción Báez Gallo
Javier Fernández-Montalvo

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

RESUMEN

En esta investigación se trata de determinar la eficacia diferencial de tres modalidades terapéuticas [a) terapia individual de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta; b) reestructuración cognitiva grupal; y c) a+b] en el tratamiento de la dependencia a las máquinas tragaperras. Se incluye asimismo un grupo de control de lista de espera para evaluar la evolución espontánea de los jugadores no tratados. La muestra consta de 64 pacientes seleccionados con arreglo a los criterios del DSM-III-R. Se utiliza un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3 y 6 meses). La mayoría de los pacientes tratados dejan de jugar y muestran una clara mejoría en el funcionamiento psicológico y familiar/social, pero ésta es más lenta. La tasa de éxitos en el tratamiento individual es mayor que en el tratamiento combinado. El grupo de control experimenta una mejoría en las conductas de juego en el seguimiento de los 6 meses e incluso no hay diferencias con el tratamiento combinado. La terapia individual de control estimular y de exposición con prevención

de respuesta es una alternativa de gran interés desde la perspectiva de costes y beneficios. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras-clave: *JUEGO PATOLOGICO. MAQUINAS TRAGAPERRAS. TRATAMIENTO. CONTROL DE ESTIMULOS. EXPOSICION Y PREVENCION DE RESPUESTA. REESTRUCTURACION COGNITIVA.*

SUMMARY

The aim of this paper was to test the comparative effectiveness of three therapeutic modalities [a) individual stimulus control and exposure with response prevention; b) group cognitive restructuring; and c) a+b] in the treatment of pathological gambling with slot machines. An additional wait list group was used to evaluate the spontaneous evolution of the non-treated gamblers. The sample consisted of 64 patients selected according to DSM-III-R criteria. A multigroup experimental design with repeated measures (pretreatment, posttreatment and 1, 3 and 6-month follow-up) was used. Most treated patients gave up gambling as well as improved, albeit more slowly, in family/social and psychological functioning. The success rate was higher in the individual treatment compared to combined treatment. There was also an improvement in gambling in the control group between the pretreatment and the 6-month follow-up and there was no difference between the combined treatment and control group. Individual stimulus control and exposure with response prevention appears to be a cost-effective therapy for 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. COGNITIVE RESTRUCTURING.*

INTRODUCCION

El juego patológico es un trastorno de conducta que sólo en los últimos años ha comenzado a ser objeto de estudio desde una perspectiva psicopatológica y terapéutica. Según el DSM-IV (American Psychiatric Associa-

tion, 1994), este cuadro clínico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana. No son infrecuentes asimismo otros problemas clínicos asociados, como la depresión, el riesgo de suicidio y el consumo abusivo de alcohol (Echeburúa, 1993; McCormick & Ramírez, 1988).

La tasa de prevalencia oscila entre el 0,5% y el 1% de la población adulta, pero en España este porcentaje puede ser aún superior, con una tasa que puede llegar al 1,7% de jugadores patológicos y a un 3% adicional de sujetos en riesgo (Becoña, 1992, 1993; Legarda, Babio & Abreu, 1992). La expansión creciente e incontrolada de las máquinas tragaperras y de los bingos es, en buena parte, responsable de este hecho. La consecuencia de todo ello ha sido un aumento vertiginoso de la demanda de tratamiento.

La capacidad adictiva de las máquinas tragaperras es muy alta. 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 gran activación psicofisiológica (Echeburúa, 1992; Echeburúa & Báez, 1994a).

El aumento de la demanda asistencial concede una gran importancia al enfoque terapéutico. Desde este punto de vista, el panorama es, sin embargo, poco satisfactorio. A excepción de los estudios del grupo de McConaghy (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski & Allcock, 1983, 1988; Blaszczynski, McConaghy & Frankova, 1991), no hay apenas investigaciones clínicas controladas sobre la eficacia diferencial de las terapias con criterios de éxito claros y controles sistemáticos de seguimiento. Los tratamientos sugeridos oscilan desde programas intensivos, como el llevado a cabo en régimen de internamiento junto con alcohólicos (Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez, 1987), hasta propuestas basadas en técnicas simples -la relajación o la desensibilización imaginada- y de corta duración, que se pueden aplicar a un gran número de pacientes y no requieren una gran inversión de tiempo ni de dinero (McConaghy, Blaszczynski & Frankova, 1991).

En la actualidad se ha evolucionado de los programas multimodales vigentes en la década de los 80 (por ejemplo, González, 1989) a unas intervenciones cognitivo-conductuales o psicofarmacológicas más específicas, pero

no existe aún una terapia de elección para el tratamiento del juego patológico (Echeburúa & Báez, 1990, 1994b). En realidad, la heterogeneidad de las técnicas terapéuticas sugeridas hasta la fecha revela una falta de conocimientos sólidos. De hecho, no se dispone de estudios sobre la eficacia comparativa a largo plazo entre enfoques terapéuticos tan diferenciados. Por otra parte, los programas presentados son excesivamente genéricos y poco matizados, especialmente desde dos puntos de vista: la selección de los pacientes y las modalidades de juego implicadas (Blaszczynski, 1993).

Por ello, en este estudio se ha hecho hincapié en homogeneizar la muestra de pacientes con unos criterios estrictos de admisión y en limitar el estudio a los jugadores patológicos dependientes de máquinas tragaperras.

El principal objetivo de esta investigación es comparar diversos programas de intervención para la dependencia a las máquinas tragaperras -el juego con mayor capacidad adictiva y del que mayor demanda terapéutica se produce- y contribuir de este modo a la búsqueda del tratamiento de elección para este trastorno psicopatológico. La meta terapéutica elegida es la abstinencia total al juego, que parece la más adecuada para conseguir el control a largo plazo (Blaszczynski et al., 1991; Echeburúa & Báez, 1990).

En la selección de los tratamientos puestos a prueba se han tomado en cuenta los siguientes criterios: ser terapias psicológicas, aplicarse en régimen ambulatorio, contar con una buena fundamentación teórica y no tener una contrastación empírica suficiente en la aplicación a este trastorno. Así, se ha optado por comparar una reestructuración cognitiva grupal con un tratamiento individual de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta, así como por evaluar la aplicación simultánea de ambas modalidades terapéuticas. Se ha utilizado asimismo un grupo de control de lista de espera, que tiene por objetivo registrar la evolución espontánea de los jugadores patológicos no tratados en un período de 6 meses y controlar el efecto del paso del tiempo para obtener así conclusiones más fiables sobre la eficacia real de los tratamientos.

Con respecto al tipo de medidas utilizadas, se ha recurrido a los autoinformes ya que no es posible utilizar medidas objetivas en la evaluación de este trastorno. Sin embargo, se han corroborado los datos obtenidos del paciente con la información procedente de los familiares. De este modo, se consigue aumentar la validez de la evaluación (Blaszczynski et al., 1991; Lesieur & Blume, 1987).

METODO

Sujetos

La muestra de sujetos de este estudio está constituida por pacientes que acuden en busca de tratamiento al Programa de Juego Patológico del Centro de Salud Mental de Rentería (País Vasco) durante el período comprendido entre febrero de 1990 y mayo de 1992.

Los criterios de admisión al estudio son los siguientes: 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 (S.O.G.S.)* (Lesieur & Blume, 1987); c) no estar aquejado de otro trastorno psicopatológico; y d) jugar fundamentalmente a máquinas recreativas. La adopción de los dos últimos requisitos responde al objetivo de contar con jugadores "puros" -no afectados por otros cuadros clínicos- y homogéneos en cuanto al tipo de juego implicado.

Una vez realizado el estudio previo en los 142 sujetos que acuden al programa terapéutico del juego patológico durante ese período de tiempo -de los que el 84% son jugadores de máquinas recreativas-, la muestra de los pacientes seleccionados queda constituida por 64 sujetos. Las razones principales de exclusión del estudio de los 78 jugadores restantes son las siguientes: a) padecer un trastorno de conducta grave (fundamentalmente, alcoholismo, psicosis o trastorno bipolar) (31); b) jugar preferentemente a juegos distintos de las máquinas recreativas (19); c) puntuar en el S.O.G.S. por debajo de 8 (8); y d) rechazar el tratamiento (9).

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

Como se puede apreciar en la *Tabla 1*, la conducta actual de juego se caracteriza, en valores medios, por ser frecuente (6 veces por semana), suponer una inversión considerable de dinero (10.000 pts. semanales) e implicar una dedicación de tiempo (6 horas semanales) relativamente alta.

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

	TOTAL (N=64)	Tratamiento individual (N=16)	Tratamiento grupal (N=16)	Tratamiento combinado (N=16)	Grupo de control (N=16)
FRECUENCIA MEDIA DE JUEGO	6,5 veces/ semana	5,5 veces/ semana	7,1 veces/ semana	7,8 veces/ semana	5,3 veces/ semana
DINERO GASTADO EN EL JUEGO	9.961pts/ semana	8.968 pts/ semana	10.375 pts/ semana	11.343 pts/ semana	9.156 pts/ semana
TIEMPO MEDIO DEDICADO AL JUEGO	5,8 horas/ semana	5,6 horas/ semana	7,1 horas/ semana	5,9 horas/ semana	3,4 horas/ semana

Diseño experimental

El diseño utilizado es un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas. Se ha utilizado un grupo de control de lista de espera para evaluar la remisión espontánea de los pacientes no tratados. La evaluación de todos los sujetos se ha efectuado en el pretratamiento, en el intratratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3 y 6 meses.

La asignación de los pacientes a las condiciones experimentales ha sido aleatoria. Las cuatro modalidades utilizadas han sido las siguientes: a) tratamiento individual de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta; b) terapia de grupo cognitivo-conductual; c) tratamiento combinado A+B; y d) grupo de control de lista de espera.

Medidas de evaluación

Entrevistas

Se lleva a cabo una entrevista estructurada de la historia de juego (45 minutos) sólo en la primera evaluación, que tiene por objetivo reco-

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 Echeburúa & Báez (1994b).

Terapia de grupo cognitivo-conductual. Cada grupo, dirigido por la terapeuta, consta de 5 o 6 participantes. Los objetivos generales de las sesiones grupales son: facilitar el contacto con otras personas que están en la misma situación del paciente, permitir la comunicación de las dificultades con el juego a otras personas con una problemática similar -así es menos probable la mentira y/o el autoengaño-, buscar soluciones comunes y darse apoyo mutuo.

El diario de sesiones, con los objetivos específicos de cada sesión, el método empleado y las tareas para casa correspondientes, figuran en Echeburúa & Báez (1994b).

Tratamiento combinado. Los pacientes asignados a esta condición experimental reciben simultáneamente los dos tratamientos ya descritos. A diferencia de las modalidades anteriores, los pacientes acuden 2 veces por semana al Centro de Salud Mental. Si bien el número de horas de tratamiento es el doble, la duración total del programa es la misma.

Procedimiento

El programa de evaluación y tratamiento, elaborado conjuntamente entre el director de la investigación -el primer firmante del trabajo- y la terapeuta, se ha puesto a prueba, a modo de estudio-piloto, con una muestra de 8 pacientes antes de comenzar propiamente con el estudio.

Evaluación

Se llevan a cabo una entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM III-R y la aplicación del S.O.G.S. en la fase de selección, a modo

Tratamiento

La terapeuta que ha llevado a cabo la evaluación y el tratamiento de todos los pacientes -la segunda firmante de este trabajo- es una psicóloga clínica con 9 años de experiencia en el tratamiento conductual-cognitivo de diversos trastornos psicopatológicos en un Centro de Salud Mental. Antes de llevar a cabo este estudio ha recibido una formación específica en los problemas clínicos del juego patológico.

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

RESULTADOS

La muestra total está constituida por 64 sujetos, de los que se asignan 16 a cada una de las cuatro modalidades. Los pacientes muestran una dependencia alta del juego. La puntuación media en el S.O.G.S. es de 11,5 (D.T.=2,2), con un rango de 8 a 18.

La distribución de la muestra se ajusta a la curva normal. Los cuatro grupos son homogéneos antes del tratamiento en cuanto a las variables demográficas y a las medidas psicopatológicas. En concreto, en el SOGS - medida central de gravedad del juego- los resultados del ANOVA son: $F(3,60)=0,37$ (n.s.).

Una vez analizadas las características diferenciales de los pacientes que abandonan el estudio (13) en todas las variables estudiadas, sólo la edad los diferencia de forma significativa ($t=2,28$; $p<.05$). La edad media de los sujetos que abandonan ($X=40,54$; D.T.=11,96) es superior a la de los que continúan en la investigación ($X=33,43$; D.T.=10,39).

Desde la perspectiva de la validez del autoinforme del sujeto, la correlación entre la valoración del familiar y el indicador subjetivo del paciente, si bien es significativa ($r=.39$; $p<.01$), explica sólo el 16% de la varianza común.

Comparación entre los grupos de la tasa 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, desde una perspectiva estricta, tanto los fracasos como los abandonos.

Las diferencias entre los grupos comienzan a aparecer a partir del seguimiento de los 6 meses. En esta evaluación los pacientes tratados en las condiciones experimentales (N=39) muestran, en conjunto, una tasa de éxitos (59%) superior a la de los pacientes no tratados (N=12) del grupo de control (25%). Esta diferencia es estadísticamente significativa: $X^2(50)=2,42$ ($p<.05$). Comparadas las diversas modalidades terapéuticas entre sí, los resultados figuran expuestos en la *Tabla 3*. La terapia individual es homogénea al tratamiento grupal ($X^2=0,60$;n.s.) y significativamente mejor que el tratamiento combinado ($X^2=1,98$; $p<.05$) y que el grupo de control ($X^2=2,77$; $p<.01$). Por otra parte, la terapia grupal es homogénea al tratamiento combinado ($X^2=1,40$;n.s.) y significativamente mejor que el grupo de control ($X^2=2,21$; $p<.05$). Por último, entre el tratamiento combinado y el grupo de control no hay diferencias significativas ($X^2=0,70$; n.s.).

TABLA 3.- Tasa de éxitos y de fracasos/abandonos en el seguimiento de los 6 meses en las modalidades terapéuticas (N=64)

	TRATAMIENTO INDIVIDUAL N=16	TRATAMIENTO GRUPAL N=16	TRATAMIENTO COMBINADO N=16	GRUPO DE CONTROL N=16
EXITO (N=32)	12 (75%)	10 (62,5%)	6 (37,5%)	4 (25%)
FRACASO (N=32)	4 (25%)	6 (37,5%)	10 (62,5%)	12 (75%)

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

El criterio de éxito señalado correlaciona de forma significativa en todos los casos ($p<.001$) con las variables dependientes del juego, es decir, con

TABLA 4.- Medias, desviaciones típicas y valores de F en las variables dependientes del juego

	Tratamiento individual		Tratamiento grupal		Tratamiento combinado		Grupo de control		
	X	(D.T.)	X	(D.T.)	X	(D.T.)	X	(D.T.)	F
INDICADOR SUBJETIVO (0-20)									
Pretratamiento	13.9	(2.9)	13.7	(2,6)	14,5	(2,5)	14,7	(2,1)	0,57
Postratamiento	1.6	(1.6)	1.8	(2,1)	1,8	(1,6)			0,14
1 mes	1.6	(1.6)	2.7	(4,3)	2,5	(3,4)			0,40
6 meses	2	(2.4)	1,8	(1,9)	2,4	(3,7)	7,2	(5,7)	5,96**
VALORACION DEL FAMILIAR (0-20)									
Pretratamiento	13,4	(3)	13,7	(3,1)	13,9	(2,8)	14,8	(2,6)	0,65
Postratamiento	2,1	(2,3)	2,2	(1,6)	1,9	(1,6)			0,08
1 mes	2,4	(3,3)	3,7	(4,1)	3,1	(4)			0,37
6 meses	2.4	(2,8)	2,7	(2,9)	4,4	(4,7)	9,9	(6,1)	8,15***
FRECUENCIA									
Pretratamiento	5.6	(3,2)	7,1	(5,1)	7,9	(6,9)	5,3	(4,5)	0,93
Postratamiento	0		0		0				—
1 mes	0,14	(0,36)	0,23	(0,6)	0,23	(0,44)			0,16
6 meses	0,14	(0,36)	0.23	(0,4)	0,61	(0,96)	2	(2,5)	5,58***
CANTIDAD									
Pretratamiento	8.968	(7.654)	10.375	(6.800)	11.344	(8.973)	9.156	(5.801)	0,36
Postratamiento	0		0		0				—
1 mes	92	(273)	923	(3.040)	515	(1.127)			0,68
6 meses	643	(1.736)	769	(2.214)	1.725	(3.498)	2.166	(2.588)	1,07
TIEMPO[1]									
Pretratamiento	336	(353)	426	(395)	354	(222)	285	(208)	0,58
Postratamiento	0		0		0				—
1 mes	2	(5)	24	(83)	25	(60)			0,66
6 meses	4	(11)	21	(66)	37	(63)	62	(72)	2,38

[1] Los números que figuran en este apartado se refieren a minutos invertidos en el juego semanalmente

* $p<0,05$ ** $p<0.01$ *** $p<0,001$

la frecuencia de las conductas de juego (r=.65), la cantidad de dinero (r=.66) y el tiempo invertido (r=.65). Sin embargo, la frecuencia es la variable que se muestra más sensible al cambio terapéutico.

TABLA 5.- Medias, desviaciones típicas y valores de F en las variables psicopatológicas

	Tratamiento individual		Tratamiento grupal		Tratamiento combinado		Grupo de control		
	X	(D.T.)	X	(D.T.)	X	(D.T.)	X	(D.T.)	F
DEPRESION *(BDI)* (0-63)									
Pretratamiento	17,6	(8,9)	19,2	(8,7)	19,6	(8,2)	21	(13,2)	0,31
Postratamiento	10	(7,2)	15,5	(11,5)	8,9	(6,6)			2,25
1 mes	8,8	(8,9)	12,5	(11)	7,3	(7,4)			1,01
6 meses	5,3	(5,5)	7,5	(5,4)	6,7	(7,1)	16,1	(10,3)	5,6**
ANSIEDAD *(STAI-E)* (0-60)									
Pretratamiento	30,2	(12,7)	35,7	(11,4)	30	(13,9)	26,6	(14,2)	0,34
Postratamiento	20,5	(11,6)	24,1	(14,7)	19	(8,1)			0,63
1 mes	17,3	(12,5)	19,5	(13,6)	15,2	(11,6)			0,37
6 meses	11,6	(12,1)	13,2	(9,5)	13,3	(9,2)	18,5	(14)	0,86
INADAPTACION *(Escala de Adaptación)* (6-36)									
Pretratamiento	16,4	(4,2)	17,2	(4,1)	17	(4,4)	15,9	(5,3)	0,25
Postratamiento	10,2	(4,2)	13,6	(7)	12	(4,3)			1,47
1 mes	10,1	(4,2)	12,5	(6)	10,7	(5,7)			0,60
6 meses	7,3	(2,9)	9,1	(4,2)	9,9	(5)	12,2	(5,5)	2,68**

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

TABLA 6.- 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					
		Gr.1 vs Gr.2	Gr.1 vs Gr.3	Gr.1 vs Gr.4	Gr.2 vs Gr.3	Gr.2 vs Gr.4	Gr.3 vs Gr.4
	F(3,47)	(p)	(p)	(p)	(p)	(p)	(p)
VARIABLES DEPENDIENTES DEL JUEGO							
Indicador subjetivo	5,96 **	—	—	0,01	—	0,01	0,01
Valoración del familiar	8,15 ***	—	—	0,01	—	0,01	0,01
Frecuencia	5,58 ***	—	—	0,01	—	0,01	0,01
Cantidad	1,07						
Tiempo	2,38						
VARIABLES PSICOPATOLOGICAS							
Depresión *(BDI)*	5,60 **	—	—	0,01	—	0,01	0,01
Ansiedad *(STAI-E)*	0,86	—	—	—	—	—	—
Inadaptación	2,68 *	—	—	0,01	—	—	—

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

Gr.1.: Tratamiento individual
Gr.2.: Tratamiento grupal
Gr.3.: Tratamiento combinado
Gr.4.: Grupo de control

Análisis intergrupal

Las medias y las desviaciones típicas de las variables dependientes del juego y de las medidas psicopatológicas estudiadas en los diferentes momentos de evaluación figuran en las *Tablas 4 y 5*, respectivamente. Las únicas diferencias entre los grupos aparecen en el seguimiento de los 6 meses. Por ello, los resultados expuestos en los siguientes párrafos se refieren a este momento de evaluación.

En cuanto a las variables del juego, en el ANOVA de medidas independientes sólo hay diferencias significativas en el indicador subjetivo ($F=5,96$; $p<.01$), en la valoración del familiar ($F=8,15$; $p<.001$) y en la frecuencia de juego ($F=5,58$; $p<.001$). La prueba post-hoc LSD revela, por un lado, la superioridad de los grupos terapéuticos con respecto al grupo de control en todas estas variables y, por otro, la inexistencia de diferencias en los grupos experimentales entre sí *(Tabla 6)*.

En cuanto a las medidas psicopatológicas, en el ANOVA hay diferencias significativas en la depresión ($F=5,60$; $p<.01$) y en la inadaptación ($F=2,68$; $p<.05$), pero no en la ansiedad ($F=0,86$; n.s.). En el caso de la depresión, los grupos terapéuticos son significativamente superiores al grupo de control, pero homogéneos entre sí; en el caso de la inadaptación, la única diferencia significativa es la habida entre el tratamiento individual y el grupo de control *(Tabla 6)*.

Análisis intragrupal

En las *Tablas 7 y 8* 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*.

En todas las variables dependientes del juego de los grupos experimentales se aprecia, por un lado, una clara mejoría entre el pre y el postratamiento (incluso entre el pre y el intratratamiento) y, por otro, un mantenimiento de los resultados terapéuticos hasta el seguimiento de los 6 meses. Por otra parte, el grupo de control mejora también de forma significativa entre el pretratamiento y el seguimiento de los 6 meses en todas las variables (por ejemplo, $t=3,34$; $p<.01$ en el indicador subjetivo del paciente), excepto en la frecuencia de juego ($t=2,17$; n.s.).

TABLA 7.- Valores de F y de T en el análisis de varianza de medidas repetidas en las variables dependientes del juego

	Tratamiento individual (N=14)	Tratamiento grupal (N=13)	Tratamiento combinado (N=12)	Grupo de control (N=12)
INDICADOR SUBJETIVO	F=93,89***	F=36,87***	F=76,74***	
	t	t	t	t
Pre-Post	13,26***	17,51***	14,67***	
Pre-6 meses	9,68***	12,30***	8,13***	3,34**
Post-1 mes	0,31	0,93	0,92	
Post-6 meses	0,72	0,2	0,37	
VALORACION DEL FAMILIAR	F=52,29***	F=30,55***	F=20,97***	
	t	t	t	t
Pre-Post	15,40***	11,98***	16,66***	
Pre-6 meses	9,13***	7,91***	6,27***	2,39***
Post-1 mes	0,31	1,36	1,64	
Post-6 meses	0,31	0,50	0,8	
FRECUENCIA DE JUEGO	F=37***	F=31,92***	F=14,99***	
	t	t	t	t
Pre-Post	6,94***	6,27***	4,05***	
Pre-6 meses	6,03***	5,77***	3,76***	2,17
Post-1 mes	1,47	1,38	1,89	
Post-6 meses	1,47	1,89	2,31**	
CANTIDAD DE DINERO	F=15,30***	F=20,17***	F=15,23***	
	t	t	t	t
Pre-Post	4,38***	5,68***	4,65***	
Pre-6 meses	3,69**	5,36***	4,51**	3,85**
Post-1 mes	1,27	1,09	1,64	
Post-6 meses	1,38	1,25	1,70	

TIEMPO DE JUEGO	F=12,94*** t	F=13,32*** t	F=24,07*** t	t
Pre-Post	4,38***	4,06***	6,01***	
Pre-6 meses	3,58**	3,83**	5,75***	
3,61**				
Post-1 mes	1,27	1,05	1,48	
Post-6 meses	1,38	1,13	1,99	

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

TABLA 8.- Valores de F y de T en el análisis de varianza de medidas repetidas en las variables psicopatológicas

	Tratamiento individual (N=14)	**Tratamiento grupal** (N=13)	**Tratamiento combinado** (N=12)	**Grupo de control** (N=12)
DEPRESION ***(BDI)***	F=20,08*** t	F=12,59*** t	F=18,32*** t	t
Pre-Post	4,65***	1,58		4,57***
Pre-6 meses	6,78***	6,33***	4,32***	1,00
Post-1 mes	1,59		2,03	1,61
Post-6 meses	4,05***	4,4***		2,15
ANSIEDAD ***(STAI-E)***	F=12,64*** t	F=17,41*** t	F=6,51*** t	t
Pre-Post	4,50***	4,21***	3,15***	
Pre-6 meses	4,48***	7,02***	3,26***	1,35
Post-1 mes	1,34		1,38	1,29
Post-6 meses	2,66*		3,42**	2,28*

INADAPTACION	F=17,54*** t	F=11,74*** t	F=7,09*** t	t
Pre-Post	4,21***	2,14	3,16**	
Pre-6 meses	7,97***	7,22***	3,48**	1,34
Post-1 mes	0,1	1,16	1,05	
Post-6 meses	2,72*	2,28*	1,65	

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

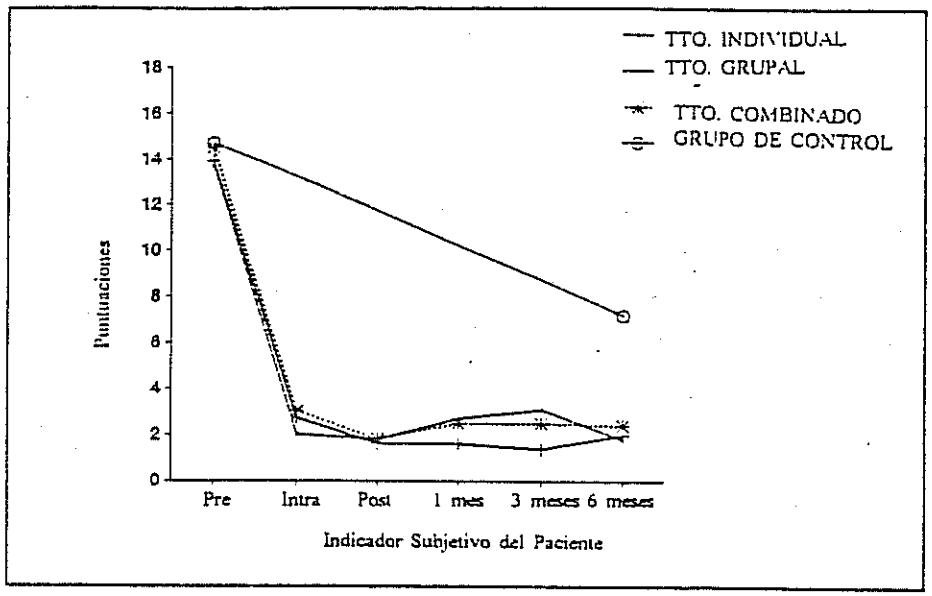
En cuanto a las variables psicopatológicas (depresión, ansiedad e inadaptación), la evolución es algo distinta. En los grupos experimentales se produce una mejoría significativa entre el pre y el postratamiento que tiende a aumentar en los controles de seguimiento, excepto en la medida de inadaptación en el grupo combinado, que se mantiene constante (t=2,74; n.s.). Por el contrario, en el grupo de control no hay una remisión espontánea de las conductas psicopatológicas.

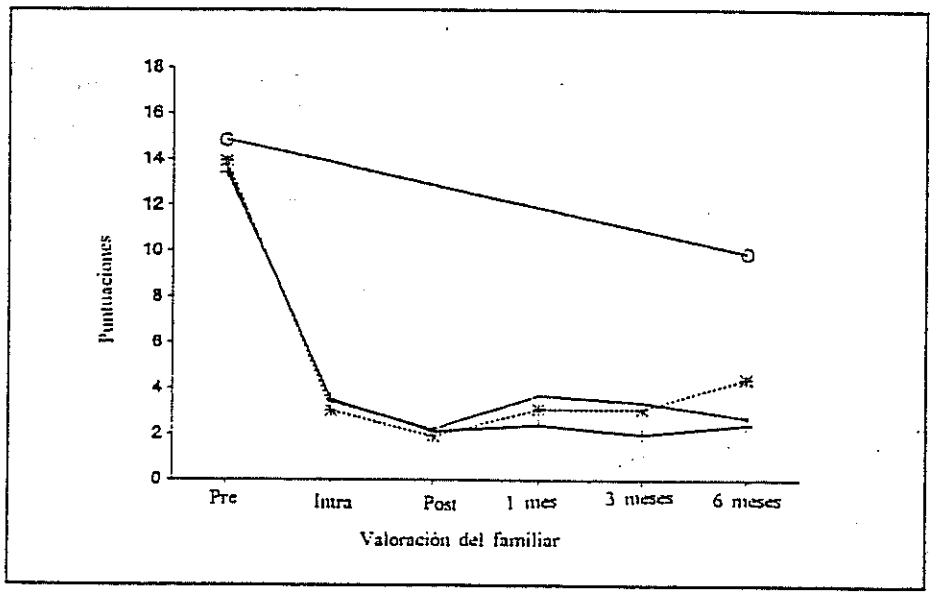
Rechazos, abandonos y recaídas

La cantidad global de rechazos al tratamiento ha sido de 9 sobre una muestra inicial total de 142 sujetos (un 6,3%). Se trata, en general, de pacientes que acuden al tratamiento bajo presión familiar o laboral, que muestran un rechazo pasivo a cualquier tipo de terapia y que se caracterizan por una negación de la enfermedad.

El número de abandonos en todas las fases de la investigación es de 13, que supone un 20,3% 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, por un lado, al comienzo del tratamiento y, por otro, en los grupos combinado y de control.

FIGURA 1.- Evolución de las variables dependientes del juego





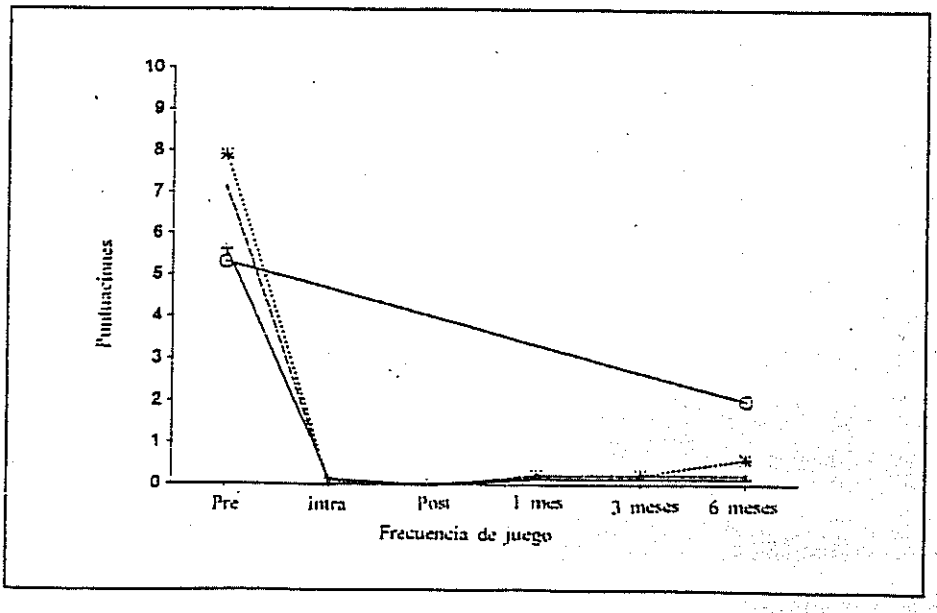
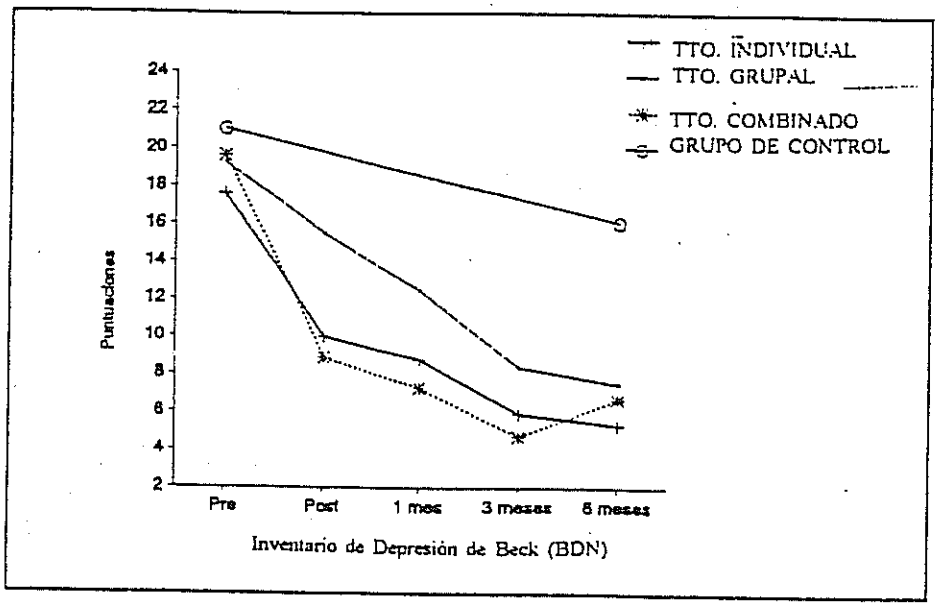
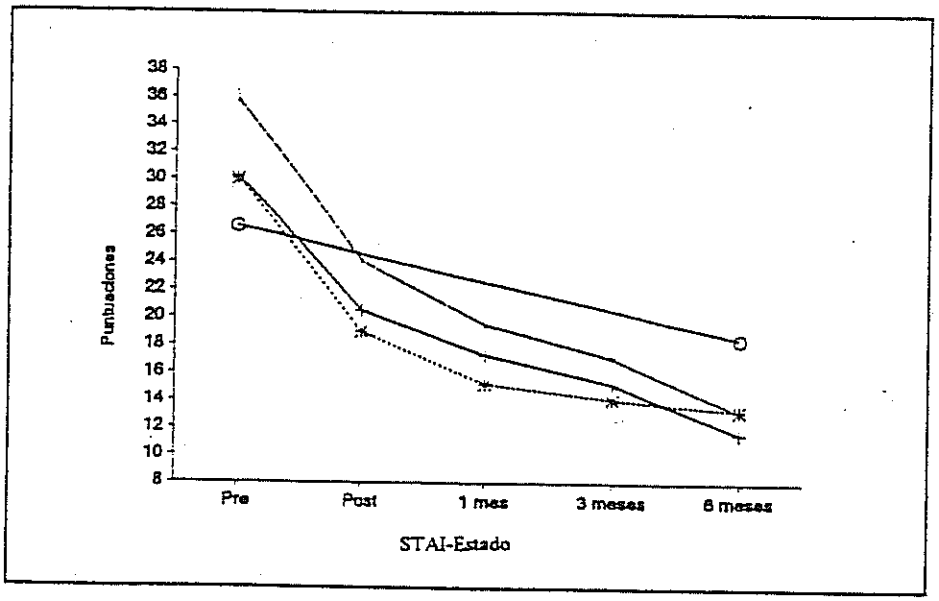
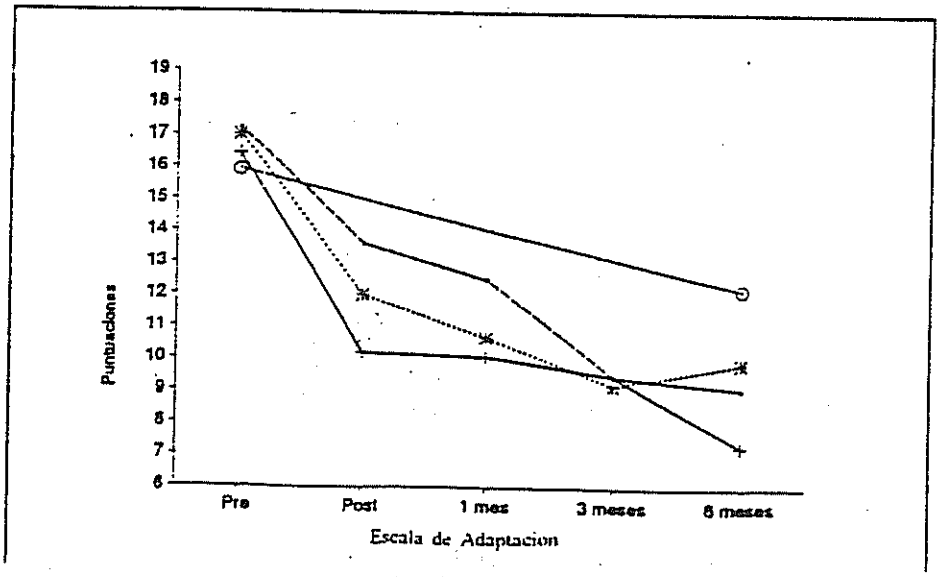


FIGURA 2.- Evolución de las variables psicopatológicas







Las recaídas entre el postratamiento y el seguimiento de los 6 meses afectan a 11 sujetos (el 28,2% de la muestra tratada). Desde una perspectiva cualitativa, la mayoría de las recaídas (el 63,6%) tiene lugar en el primer mes de seguimiento. Asimismo las recaídas se dan con más frecuencia en el grupo combinado que en el tratamiento individual (X^2=1,98; p<.05).

CONCLUSIONES

La validez de esta investigación deriva de la equivalencia de los grupos en el pretratamiento en todas las medidas de evaluación y de la coherencia de los resultados obtenidos en las distintas variables medidas, así como del tamaño y de la homogeneidad de la muestra y de la escasa pérdida de pacientes en los seguimientos: 3 (un 7,1%) sobre los 42 que han concluido el tratamiento. Asimismo se ha valorado el éxito terapéutico con variables dependientes múltiples (cantidad, 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.

A diferencia de otros estudios (Blaszczynski et al., 1991; Taber et al., 1987), hay una relación pequeña entre el informe del familiar y la información dada por el paciente sobre las conductas de juego. Por ello, los autoinformes del paciente son un procedimiento limitado en la obtención de la información correcta.

Como también ocurre en otros estudios (Blaszczynski et al., 1991; Taber et al., 1987), el juego patológico se muestra como un trastorno de conducta susceptible de tratamiento con éxito. De hecho, hay una clara superioridad terapéutica de los sujetos tratados sobre los pacientes del grupo de control, tanto en las variables dependientes del juego como en las medidas psicopatológicas.

Desde la perspectiva de la eficacia diferencial de las modalidades terapéuticas, las diferencias comienzan a manifestarse en el seguimiento de los 6 meses. En concreto, el programa de control de estímulos con exposición y prevención de respuesta muestra una tasa de éxitos mayor que el tratamiento combinado. A su vez, éste no es superior al grupo de control. Por

el contrario, no hay diferencias entre las modalidades terapéuticas en la mejoría de las variables psicopatológicas.

En cuanto a la evolución terapéutica, el perfil es el mismo en todas las condiciones experimentales en las variables dependientes del juego: una rápida mejoría entre el pre y el postratamiento (especialmente en las tres primeras semanas) y un mantenimiento de los logros terapéuticos a partir de este momento de evaluación. También hay en el grupo de control una remisión espontánea -de menor cuantía que en las modalidades terapéuticas- entre el pretratamiento y el seguimiento de los 6 meses.

Por lo que se refiere a las medidas psicopatológicas, el perfil evolutivo en todas las condiciones experimentales es similar, pero diferente del registrado en las variables dependientes del juego. La evolución terapéutica es lenta y constante entre el pretratamiento y el último control de seguimiento; es decir, hay una mejoría entre el pre y el postratamiento, que es de menor intensidad que en el caso de las conductas de juego, pero que continúa en los controles de seguimiento. En el grupo de control, por el contrario, no se produce una remisión significativa de las variables psicopatológicas.

Las tres modalidades terapéuticas son eficaces para detener rápidamente la conducta de juego, pero no así para mantener la abstinencia. Resulta sorprendente la inferioridad del tratamiento combinado sobre la terapia individual, así como la equiparación del mismo -al menos en las variables dependientes del juego- con el grupo de control en el seguimiento de los 6 meses.

En suma, un tratamiento simple resulta más eficaz que un tratamiento compuesto. Los factores explicativos de este hecho pueden ser varios. En primer lugar, la aplicación óptima de un tratamiento intensivo, como es el combinado, puede requerir una mayor duración -y quizá un formato distinto: por ejemplo, las sesiones individuales al principio y las grupales a continuación, en lugar de una aplicación simultánea- que la utilizada en esta investigación, a fin de poder asimilar más adecuadamente las habilidades aprendidas. En segundo lugar, la terminación del tratamiento puede suponer en este caso un corte brusco -pasar de dos sesiones de tratamiento a ninguna, que puede propiciar la aparición de recaídas ulteriores. Y en tercer lugar, desde una perspectiva cognitiva, las expectativas de mejoría de los pacientes asignados al tratamiento combinado pueden ser menores si tienen la percepción -objetivamente equivocada- de que la asignación a la terapia combinada está en función de la mayor gravedad del trastorno. Estas ex-

plicaciones son meramente tentativas y requieren investigaciones posteriores.

Se trata de la primera investigación clínica controlada en que el programa de control de estímulos con exposición y prevención de respuesta con pacientes ambulatorios queda respaldado por la evidencia empírica. Los estudios anteriores han obtenido resultados pobres (Geenberg & Rankin, 1982), se han limitado a estudios de casos (Arribas & Martínez, 1992) o se han referido a pacientes ingresados en un hospital (McConaghy et al., 1991).

La tasa conjunta de rechazos y abandonos en el seguimiento en este estudio asciende al 26,6% 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 según el estudio de Brown (1987) o a la del 30% en el estudio de Lesieur y Blume (1987). Desde esta perspectiva, el balance del estudio es razonablemente satisfactorio.

Si bien los resultados no son significativos -quizá por el escaso número de ellos-, los abandonos tienden a producirse antes de la 3ª sesión terapéutica y con mayor incidencia en el tratamiento combinado y en el grupo de control. Es decir, tanto el exceso como la ausencia de control parecen resultar perjudiciales. Conviene, no obstante, poner a prueba estas hipótesis en estudios ulteriores.

Si los tratamientos simples son más eficaces y con menor número de abandonos que los combinados y el cambio terapéutico tiende a aparecer en las primeras semanas de tratamiento, parece razonable diseñar programas específicos y cortos -más incluso que los propuestos en esta investigación, lo que resulta muy interesante desde el punto de vista de los costes y beneficios. Esta es una línea de investigación que conviene desarrollar, sobre todo cuando muchos programas terapéuticos propuestos son multicomponentes (por ejemplo, Lesieur & Blume, 1991; Schwartz & Lindner, 1992; Taber et al., 1987).

El programa de control estimular con exposición y prevención de respuesta presenta uno de los mejores porcentajes de éxito de las diferentes alternativas terapéuticas investigadas hasta la fecha. Sin embargo, queda aún por investigar el peso específico de cada uno de los dos componentes que constituyen este tratamiento.

Por último, desde una perspectiva psicopatológica, se constatan dos hechos. En primer lugar, hay una una remisión espontánea de las conductas de juego de los sujetos no tratados del grupo de control entre el pretratamiento y el

seguimiento de los 6 meses. Por ello, y a diferencia de otros trastornos adictivos, la conducta de los jugadores es menos predecible y experimenta cambios atribuibles a distintos problemas originados por el juego (descubrimiento de deudas o de robos, amenazas de separación matrimonial o de expulsión del trabajo, etc.) o a las expectativas de tratamiento, una vez terminado el período de lista de espera.

Y en segundo lugar, la modificación de las variables psicopatológicas, independientemente del tipo de tratamiento utilizado, es más lenta que la de las conductas de juego. No se debe olvidar que las terapias empleadas no están diseñadas para ellas, que la resistencia al tratamiento es mucho mayor en este tipo de alteraciones y que, como aspecto explicativo fundamental, las consecuencias negativas del juego en los ámbitos familiar, sociolaboral y económico permanecen más allá de la superación de la dependencia a las máquinas tragaperras. Por ello, el cambio en estas variables no es sincrónico con el de las conductas de juego.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.).* Washington, DC. Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 ed.).* Washington.DC. Author.

Arribas, M.P. & Martínez, J.J. (1991). Trastamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta, 17,* 255-269.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561-571.

Becoña, E. (1992). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *The Society for the Study of Gambling Newsletter, 20,* 10-18.

Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega.* Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.

Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico: una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual, 1,* 409-440.

Blaszczynski, A., McConaghy, N. & Frankova, A. (1991). Control versus absti-nence in the treatment of pathological gambling: A two to nine year follow-up. *British Journal of Addiction, 86,* 299-306.

Brown, R.I. (1987). Dropouts and continuers in Gamblers Anonimous:4. Evaluation and summary. *Journal of Gambling Behavior, 3,* 202-210.

Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema, 4,* 7-20.

Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el "crack" al juego patológico?. *Psicología Conductual, 1,* 321-337.

Echeburúa, E. & Báez, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. **Revista Española de Terapia del Comportamiento, 8,** 127-146.

Echeburúa, E. & Báez, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid. Debate.

Echeburúa, E. & Báez, C. (1994b). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid. Debate.

Echeburúa, E. & Corral (1987). *Escala de Adaptación.* Manuscrito no publicado.

González, A. (1989). *Juego patológico. Una nueva adicción.* Madrid. Tibidabo.

Greenberg, D. & Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry, 140,* 364-366.

Legarda, J.J., Babio, R. & Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimatesof patho-logical 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. & 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.

McConaghy, N., Armstrong, M., Blaszczynski, A. & Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversion therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry, 142,* 366-372.

McConaghy, N., Armstrong, M., Blaszczynski, A. & Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. *Behavior Modification, 12,* 371-384.

McConaghy, N., Blaszczynski, A. & Frankova, A. (1991). Comparison of Ima-ginal Desensitisation with Other Behavioural Treatment of Pathological Gambling. A Two toNine Year Follow-Up. *British Journal of Psychiatry, 159,* 390-393.

McCormick, R. & Ramírez, L. (1988). Pathological gambling. In J.G. Howells (ed.). *Modern perspectives in psychosocial pathology.* New York. Brunner/Mazel Inc.

Rodríguez-Martos, A. (1989). *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera.*

Barcelona. Salvat.

Saiz-Ruiz, J., Moreno, I. & López-Ibor, J.J. (1992). Ludopatía: Estudio clínico y terapéutico-evolutivo de jugadores patológicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 20,* 189-197.

Schwartz, J. & Lindner, A. (1992). Inpatient treatment of male pathological gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies, 8,* 93-109.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.

Taber, J.I., McCormick, R.A., Russo, A.M., Adkins, B.J. & Ramírez,L.F. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment.*American Journal of Psychiatry, 114,* 757-761.