

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE DOS MODALIDADES DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL PARA EL JUEGO PATOLÓGICO

Susana Jiménez Murcia¹, Eva Álvarez Moya¹, Roser Granero Pérez²,
Maria Neus Aymamí¹, Mónica Gómez Peña¹, Nuria Jaurrieta¹,
Bibiana Sans¹, Jaime Rodríguez Martí¹ y Julio Vallejo Ruiloba¹

¹ *Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), Barcelona;*

² *Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) (España)*

Resumen

El presente estudio se ha dirigido a analizar la eficacia y la eficiencia de dos programas de tratamiento grupal cognitivo-conductual, así como a determinar los factores predictores de respuesta al tratamiento, en una muestra de jugadores patológicos. Para ello, se incluyeron 194 sujetos que acudieron al Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) solicitando tratamiento por su problema. Los resultados evidenciaron que el tratamiento cognitivo-conductual grupal mostraba ser eficaz en la mayoría de pacientes, siendo la tasa de abandonos para la muestra total del 33,0% y la de recaídas del 24,5%. Se observaron, asimismo, cambios significativos entre el pre y el post-test en las medidas de psicopatología y gravedad de la conducta de juego. Se evidenció que el riesgo de abandono y recaída decrecía significativamente tras la quinta sesión de terapia. Finalmente, se identificaron como factores de pobre respuesta al tratamiento la gravedad del problema de juego, la elevada impulsividad y búsqueda de sensaciones, así como la gravedad de la psicopatología asociada. Sin embargo, la persistencia como rasgo de temperamento pareció actuar como factor protector de recaída.

PALABRAS CLAVE: Juego patológico, terapia cognitivo-conductual, eficacia, eficiencia, factores predictores.

Abstract

The present study aimed to analyze the efficacy and efficiency of two cognitive-behavioral group treatment programs, as well as to determine which factors predict response to treatment, in a sample of pathological gamblers. We included 194 subjects seeking treatment for pathological gambling at Bellvitge University Hospital. The results indicated that our cognitive-behavioral group treatment was

efficacious in most patients. The dropout rate for the total sample was 33.0% and the relapse rate was 24.5%. In addition, we observed statistically significant pre-treatment – post-treatment changes in some measures of psychopathological state and severity of gambling behavior. The risk of dropouts and relapses decreased significantly after the fifth session of therapy. Finally, severity of gambling behavior, high impulsivity, high novelty seeking, and severity of the psychopathological state were identified as factors predicting poor response to treatment. However, persistence seemed to act as a temperamental protective factor for relapse.

KEY WORDS: *pathological gambling, cognitive-behavioral treatment, effectiveness, efficiency, predictive factors.*

Introducción

La literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos para el juego patológico es escasa (López Viets y Miller, 1997; Oakley-Browne, Adams y Mobberley, 1999). Hasta el momento, no se ha descrito un tratamiento único para intervenir sobre esta patología. Aun así, se considera que el juego patológico puede tratarse con éxito (Raylu y Oei, 2002).

Actualmente, los tratamientos cognitivo-conductuales son los que han demostrado mayor eficacia. Sin embargo, no es posible determinar qué componentes o técnicas específicas aportan mejores resultados (Sylvain *et al.*, 1997; Toneatto y Ladouceur, 2003).

Las revisiones sobre estudios de tratamiento toman como referencia las recomendaciones de la *American Psychological Association* (APA) acerca del uso exclusivo de tratamientos empíricamente validados (TEVs) (Chambless y Hollon, 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Kazdin, 2001), entendidos como aquellos que cumplen las siguientes características:

- Los tratamientos deben ser empíricamente validados en *ensayos clínicos controlados*, con asignación aleatoria al azar al tratamiento experimental y a otra o más condiciones distintas de intervención.
- Un tratamiento puede considerarse *eficaz* sólo cuando ha demostrado su eficacia en un mínimo de dos estudios, realizados por equipos independientes.
- El tratamiento debe estar *manualizado* para facilitar su replicación.

Hasta la fecha, muy pocos estudios de tratamiento para el juego patológico han seguido la metodología recomendada por la APA. La tabla 1 muestra un resumen de los estudios que se adhieren a las recomendaciones de dicha asociación.

En general, se observa que las intervenciones cognitivo-conductuales son terapéuticamente superiores a la lista de espera, pero es difícil determinar qué tipo de técnica es más útil.

Por otro lado, los diversos estudios de tratamiento para el juego patológico, independientemente de si contemplan o no las recomendaciones de la APA, han identificado consistentemente una serie de factores predictores de fracaso terapéutico. Dichos factores se resumen en elevados niveles de ansiedad y depresión

Tabla 1
Ensayos controlados de eficacia de diferentes programas de tratamiento para el juego patológico

Referencia	Muestra	Técnicas	Medidas	Duración	Seguimientos	Resultados
Intervenciones Conductuales	McConaghy et al., 1983	*TA vs DI	Urgencias por jugar (grado)	1 semana de ingreso hosp.	1 y 12 meses	DI > TA
	McConaghy et al., 1988	*DI vs RI	Cond. juego, urg. juego, nivel tensión, STAI	1 semana ingreso hosp.	1 y 12 meses	DI > RI
	McConaghy et al., 1991	*DI, RI, EPR breve, EPR larga	Cond. juego, EPO, STAI, SCL-90, BDI	—	De 2 a 9 años	DI superior
Intervenciones Cogn.-Cond.	Echeburúa et al., 1996	*EPR+CCEE indiv. *RC grupal *Trat. combinado	SOGS, CVDI, BDI, Escala de Adaptación	6 semanas (trat. comb.=12 sem.)	1,3,6,12 meses	EPR+CCEE indiv. superior
	Echeburúa et al., 2000	*EPR+CCEE+PR *PR indiv. vs grupo vs. No-PR	Abstinencia y recaída	No específica	Hasta 12 meses	PR indiv. y grupal superior (12m)
Intervenciones Cognitivas	Sylvain et al., 1997	*TC indiv. (RC, sol. prob., HHSS, PR) vs LE	SOGS, DSM-III-R, AE y PC	—	6 meses	TC > LE
	Ladouceur et al., 2001	*TC indiv. vs LE	SOGS, DSM-IV, AE, PC, ...	M=11h (máx.20 sesiones)	1 año	TC > LE
	Ladouceur et al., 2003	*TC grupo vs LE	SOGS, DSM-III-R, AE, PC, urg. juego, frec. juego	10 sesiones semanales	6, 12, 24 meses	TC > LE

JP= Jugadores patológicos; **MQ**= Máquinas recreativas con premio; **TA**= Terapia aversiva; **DI**= Desensibilización por medio de la imaginación; **RI**= Relajación por medio de la imaginación; **EPR**= Exposición con prevención de respuesta; **CCEE**= Control de estímulos; **RC**= Reestructuración cognitiva; **Indiv.**= Individual; **Trat.**= Tratamiento; **PR**= Prevención de recaídas; **TC**= Terapia cognitiva; **Sol. Prob.**= Solución de problemas; **HHSS**= Habilidades sociales; **LE**= Lista de espera; **Cond.**=Conducta; **Urg** =Urgencia; **CVDI**= Cuestionario de variables dependientes de juego (tiempo, frecuencia, tamaño apuesta); **AE**= Autoeficacia; **PC**= Percepción de control; **Frec.**= Frecuencia; **Hosp**= Hospitalario; **Comb.**= Combinado.

(en cuyo caso el juego puede actuar como eutimizante) (Specker *et al.*, 1996) y en paranoia (Jiménez *et al.*, 2004), una evolución más larga de la enfermedad en el momento de iniciar tratamiento (lo cual se asocia a una elevada tasa de refuerzos), mayor gravedad del trastorno (Milton *et al.*, 2002), baja motivación al cambio (Farkas *et al.*, 1996) y presentar más de un juego problema (Jiménez *et al.*, 2004).

En este contexto, nos propusimos cuatro objetivos. En primer lugar, observar las características sociodemográficas y clínicas al inicio del estudio. En segundo, analizar la eficacia de dos programas de tratamiento grupal (cerrado y abierto), de orientación cognitivo-conductual, en una muestra de jugadores patológicos. Para ello, se analizaron el riesgo de abandono-recaída durante el tratamiento y la magnitud del cambio entre el pre-test y el post-test en una serie de medidas psicométricas de gravedad del trastorno y estado clínico. En tercero, verificar la eficiencia de dichos programas de tratamiento y, por último, determinar los factores predictores de respuesta al tratamiento.

Método

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS, versión 12 para Windows. Aquellos procedimientos que no estaban automatizados en este sistema, como los intervalos de confianza para medidas de riesgo, se efectuaron a través de macros (Doménech, Bonillo y Granero, 2000).

En primer lugar se realizó una valoración del rendimiento clínico de cada una de las dos terapias (de forma independiente) y de la muestra total de estudio. En esta parte del análisis se diferenció entre los conceptos clásicos de «eficacia» y «eficiencia» terapéutica. La eficacia de las dos modalidades de intervención se midió a través del cálculo de la probabilidad de que los pacientes no abandonaran y no presentaran recaídas. Asimismo, se valoró el cambio pre y post-test en las variables clínicas relacionadas con el juego patológico (puntuaciones totales en la escala SOGS y SCL-90-R) mediante comparaciones de medias para muestras relacionadas (prueba t-test de Student-Fisher para medidas repetidas). Esta parte del análisis se realizó de forma independiente en cada condición terapéutica.

La eficiencia, por su parte, se determinó mediante técnicas de análisis de supervivencia que valoraban durante todo el tiempo que dura el tratamiento (16 semanas en total) la probabilidad acumulada de «adherencia» al grupo y de no presentar episodios de juego. En concreto, se calculó la función de supervivencia con el método tradicional de Kaplan-Meier.

A continuación, se efectuó un estudio exploratorio de los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con el juego (variables independientes o predictoras) que contribuyen a incrementar la *odds* de abandono y recaída (variables dependientes o criterio). En este caso, se utilizaron modelos de regresión logística dado que las respuestas estaban medidas de forma binaria (sí/no). El análisis se realizó de forma

conjunta para la muestra total de estudio. Debido a la existencia de un amplio número de potenciales predictores, se efectuaron estimaciones independientes para cuatro agrupaciones de variables independientes: características sociodemográficas e historia del problema, estado psicopatológico del sujeto según valoración en el SCL-90-R, factores de personalidad según la escala TCI-R y factores de la personalidad según el cuestionario de Impulsividad I7 de Eysenck. Asimismo, el ajuste se efectuó utilizando los procedimientos secuencias automáticos de entrada y salida de variables («*backstep*» y «*forward*»). La capacidad discriminativa de los modelos seleccionados se midió mediante el área bajo la curva ROC, la calibración (ajuste) se valoró con el grado de significación dado por la prueba de Hosmer y Lemeshow, y la capacidad predictiva se estimó con el coeficiente R² de Nagelkerke.

Muestra

La recogida de datos se llevó a cabo a través de un diseño de cohortes con seguimiento prospectivo. Los sujetos seleccionados para este estudio forman parte de una muestra amplia de pacientes que solicitaron tratamiento en la Unidad de Juego Patológico del Hospital Universitario de Bellvitge, durante los años 2002 a 2004. Todos ellos cumplían los criterios DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico (APA, 1994).

De los 194 pacientes que forman la muestra total de estudio, 150 pertenecían al grupo de tratamiento cognitivo-conductual que hemos denominado «grupo cerrado». Los restantes 44 sujetos estuvieron sometidos a la condición terapéutica «grupo abierto». La mayoría de los pacientes eran hombres (98,5%) y tenían una edad media al efectuar la evaluación clínica inicial de 39 años (DT=12,3 años).

Evaluación

Se administraron los siguientes cuestionarios:

PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

— «Lista de 90 síntomas – revisada» (*Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R*; Derogatis, 1977). Escala que mide el estado clínico actual del sujeto. Consta de 90 ítems que evalúan nueve dimensiones sintomatológicas, además de tres índices globales.

— «Subescala de impulsividad» (*Impulsiveness subscale*) del cuestionario I7 de Eysenck (Eysenck, Pearson, Easting y Allsopp, 1985). Este cuestionario consta de 54 ítems que miden tres factores: impulsividad, aventura y empatía.

— «Inventario de temperamento y carácter – revisado» (*Temperament and Character Inventory-Revised, TCI-R*; Cloninger, 1999, datos no publicados). Adaptación española de Gutiérrez *et al.* (2004). Consta de 240 ítems que miden siete dimensiones de personalidad, concretamente cuatro de temperamento (evitación del daño, dependencia de la recompensa, búsqueda de novedad, persistencia) y tres de carácter (autodirección, cooperación y autotrascendencia).

CONDUCTA DE JUEGO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

— «Inventario de juego de South Oaks» (*South Oaks Gambling Screen, SOGS*; Lesieur y Blume, 1987). Adaptación española de Echeburúa y Báez (1990). Cuestionario diagnóstico que consta de 20 ítems, que discrimina adecuadamente poblaciones de jugadores patológicos, jugadores problemáticos y sin problemas de juego.

— «Cuestionario diagnóstico DSM-IV para juego patológico de Stinchfield» (*DSM-IV diagnostic criteria for Pathological Gambling*; Stinchfield, 2003). Consta de 19 ítems que recogen los criterios diagnósticos para el juego patológico según el DSM-IV. Actualmente, en proceso de adaptación y validación en población española.

Procedimiento

El protocolo de evaluación se realizaba en una única sesión de 90 minutos de duración, al cabo de una semana de la primera entrevista. Las pruebas eran administradas por un psicólogo clínico entrenado en la aplicación e interpretación de estos cuestionarios. Tras un máximo de 3 semanas se programaba una entrevista de devolución de resultados, en la que el paciente era asignado a dos programas de tratamiento grupal cognitivo-conductual (cerrado y abierto) de la Unidad de Juego Patológico del HUB, si cumplía una serie de criterios de inclusión a este tipo de intervenciones, que se describen a continuación:

Criterios de inclusión y características generales del grupo cerrado:

- Cumplir criterios diagnósticos de juego patológico DSM-IV (APA, 1994).
- Estar en fase activa de juego, o bien presentar un tiempo de abstinencia inferior a 3 meses en el momento de la primera entrevista.

Las características de dicho tratamiento eran las siguientes:

- Número máximo de pacientes: 14
- Duración del tratamiento: 4 meses, es decir, 16 sesiones con frecuencia semanal, de 90 minutos de duración.
- Seguimiento: 1,3,6,12 y 24 meses tras la finalización del tratamiento.
- Asistencia y participación de la familia/co-terapeutas: 9 sesiones exclusivamente para pacientes y 7 sesiones para pacientes y familiares (sesiones 1,2,4,7,10, 13 y 16).

Criterios de inclusión y características generales del grupo abierto:

- Cumplir criterios diagnósticos de juego patológico DSM-IV (APA, 1994).
- Abstinencia de la conducta de juego superior a 3 meses en el momento de la primera entrevista.

Las características del grupo abierto eran las siguientes:

- Número máximo de pacientes: 14
- Duración del tratamiento: 4 meses, es decir, 8 sesiones quincenales, de 90 minutos de duración.
- Seguimiento: 1,3,6,12 y 24 meses.
- Asistencia y participación de la familia/co-terapeutas: 4 pacientes solos y 4 pacientes y familiares (sesiones 1, 3, 5 y 7).

Componentes comunes en los tipos de modalidades terapéuticas:

- Criterios de exclusión de la terapia grupal: retraso mental, déficit sensorial, trastornos graves de personalidad, trastornos del humor primarios (trastorno depresivo mayor moderado-grave, distimia, trastornos bipolares y ciclotimia), trastornos psicóticos, dependencia a tóxicos que el paciente se negara a tratar de forma paralela y ausencia de coterapeuta. En todos estos casos, el paciente recibía tratamiento individual, aplicándose las estrategias terapéuticas necesarias en cada caso (psicofarmacológicas, motivacionales, etc..).
- Técnicas: control de estímulos (control de dinero, evitación situaciones de riesgo y autoprohibición de bingos y casinos, en el caso de que sean juegos problema), técnicas cognitivas (solución de problemas y reestructuración cognitiva) refuerzo y autorrefuerzo, entrenamiento en habilidades y prevención de recaídas.
- Los protocolos de tratamiento estaban manualizados © B-2791-05.

Resultados

La tabla 2 recoge las características sociodemográficas y clínicas al inicio del estudio, para cada condición terapéutica y para la muestra total. Los resultados indican que los grupos presentan una distribución similar en todos los atributos contemplados en este análisis. Prácticamente la totalidad de los sujetos eran hombres (98,5%), indicaban que el juego que más disfunción les ocasionaba eran las máquinas recreativas con premio (94,5%), acudieron a consulta por voluntad propia (94,8%) y percibían que necesitaban ayuda (93,8%). Sólo una pequeña proporción tenía estudios universitarios (4,0%). El 18% del total estaban en paro al inicio de la terapia, un 5,8% eran jubilados y un 58,2% estaban casados o vivían en pareja. La edad media estaba en torno a los 39 años, el promedio de ingresos propios era aproximadamente de 1.300 euros y los ingresos familiares eran unos 2.100 euros. Una elevada tasa de sujetos fumaba de forma habitual (85,2%), una quinta parte, además, abusaba del alcohol y un 8,8% consumía otras drogas de forma usual. En torno al 35% indicó haber sido tratado previamente por enfermedades médicas o psicológicas, y alrededor del 30% estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico en la actualidad. La edad media de inicio del problema de juego estaba en torno a los 32 años, y la duración del trastorno había sido aproximadamente de cinco años.

Tabla 2
Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

Características sociodemográficas		Grupo abierto	Grupo cerrado	TOTAL
Género	<i>Masculino</i>	97,7%	98,7%	98,5%
Estudios	<i>Primarios</i>	44,8%	49,1%	48,4%
	<i>Secundarios</i>	51,8%	46,8%	47,7%
	<i>Universitarios</i>	3,4%	4,1%	3,9%
Situación laboral	<i>En paro</i>	17,6%	18,0%	17,9%
Jubilados	<i>Sí</i>	5,9%	5,8%	5,8%
Estado civil	<i>Casados – con pareja</i>	72,5%	54,7%	58,2%
	<i>Divorciados – separados</i>	5,0%	12,0%	10,6%
	<i>Solteros</i>	22,5%	33,6%	31,2%
Edad (años)	<i>Media (DT)</i>	39,07 (11,2)	38,99 (12,6)	39,01 (12,31)
Número de hijos	<i>Media (DT)</i>	1,28 (1,3)	0,96 (1,0)	1,03 (1,1)
Ingresos propios (euros)	<i>Media (DT)</i>	1341 (838)	1279 (680)	1291 (710)
Ingresos familiares (euros)	<i>Media (DT)</i>	2028 (1006)	2145 (954)	2122 (961)
Juego por el que consultan	<i>Máquinas</i>	97,1%	93,8%	94,5%
Razón de consulta	<i>Voluntad propia</i>	93,8%	95,1%	94,8%
Perciben necesidad de ayuda	<i>Sí</i>	96,7%	93,1%	93,8%

Características clínicas		Grupo abierto	Grupo cerrado	TOTAL
Uso de tabaco	<i>Sí</i>	85,7%	85,0%	85,2%
Abuso de alcohol	<i>Sí</i>	15,4%	21,2%	20,0%
Abuso otras drogas	<i>Sí</i>	3,8%	10,1%	8,8%
Enfermedades previas	<i>Médicas</i>	28,6%	19,0%	20,9%
	<i>Psicológicas</i>	5,7%	11,6%	10,4%
	<i>Ambas</i>	5,7%	4,1%	4,4%
Enfermedades actuales	<i>Médicas</i>	20,0%	20,0%	20,0%
	<i>Psicológicas</i>	17,1%	6,9%	8,9%
	<i>Ambas</i>	0,0%	1,4%	1,1%
Edad inicio del problema	<i>(en años) Media (DT)</i>	31,74 (11,23)	32,59 (12,2)	32,43 (12,0)
Duración del problema	<i>(en años) Media (DT)</i>	5,68 (4,9)	5,21 (5,1)	5,31 (5,1)
SOGS: puntuación total	<i>Media (DT)</i>	9,67 (2,7)	10,53 (2,8)	10,37 (2,8)
Criterios totales DSM-IV	<i>Media (DT)</i>	6,89 (0,8)	7,09 (2,1)	7,05 (2,0)

La tabla 3 recoge los indicadores de eficacia terapéutica de abandono y recaída. El riesgo de abandono para los pacientes en la condición de «grupo abierto» era R=33,3% (IC 95%: 19,6% a 49,5%), y en la condición de «grupo cerrado» R=32,8% (IC 95%: 25,1% a 41,4%). Estos valores miden la incidencia acumulada de abandonos, y desde un punto de vista clínico indican la probabilidad de que un paciente deje el tratamiento en alguna de las sesiones de la intervención. Para la muestra global, el riesgo de abandono oscilaba entre el 26,1% y el 40,4%.

El riesgo de recaída para los pacientes en la condición de «grupo abierto» era R=21,1% (IC 95%: 9,6% a 37,1%), y en la condición de «grupo cerrado» R=26,1% (IC 95%: 18,4% a 34,9%). Estos valores miden la incidencia acumulada de recaídas, y desde un punto de vista clínico indican la probabilidad de que un paciente recidive (vuelva a presentar episodios de juego) en alguna de las sesiones que dura la intervención. Para la muestra global (conjunta), el riesgo de recaída iba del 18,1% al 32,0%.

Tabla 3

Estudio de la eficacia terapéutica: estimación del riesgo de abandono y recaída

		Grupo abierto	Grupo cerrado	TOTAL
Riesgo de abandono	Estimación puntual	R = 33,3%	R = 32,8%	R = 33,0%
	IC 95% de R:	19,6% a 49,5%	25,1% a 41,4%	26,1% a 40,4%
Riesgo de recaída	Estimación puntual	R = 21,1%	R = 26,1%	R = 24,5%
	IC 95% de R:	9,6% a 37,1%	18,4% a 34,9%	18,1% a 32,0%

La tabla 4 recoge el resultado de las pruebas t de Student-Fisher que valoran el cambio producido en los indicadores clínicos de psicopatología asociada al juego patológico. Las medidas se tomaron al inicio del tratamiento e inmediatamente finalizado el mismo. Para los pacientes en la condición de tratamiento grupal «abierto», la puntuación total SOGS decreció de forma significativa entre el pre y el post ($p=0,001$); el cambio medio producido fue de 8,7 puntos (IC 95%: 5,5 a 12,0). Por otro lado, las puntuaciones PST, GSI y PSDI del SCL-90-R también mostraban un decremento pre-post significativo. Para este cuestionario, los cambios medios fueron, respectivamente, de 25,3 puntos (IC 95%: 5,0 a 45,6), 0,7 puntos (IC 95%: 0,1 a 1,5) y 1,1 puntos (IC 95%: 0,3 a 1,9).

Para la condición de tratamiento grupal «cerrado», los resultados indican que la puntuación total SOGS decreció de forma significativa entre el pre y el post ($p=0,001$); el cambio medio producido fue de 9 puntos (IC 95%: 8,4 a 9,7). Por su parte, las puntuaciones del SCL-90-R también decrecieron significativamente ($p=0,001$ en las tres escalas): en promedio, 13,6 puntos la PST (IC 95%: 9,3 a 18,0), 0,4 puntos la GSI (IC 95%: 0,3 a 0,5) y 0,3 puntos la PSDI (IC 95%: 0,2 a 0,4). Cabe señalar que para la primera condición de tratamiento (grupo cerrado) también se obtuvieron medidas al cabo de un mes, tres meses, seis meses y doce meses de finalizado el tratamiento. En estos seguimientos las puntuaciones SOGS y SCL-90-R no habían presentado cambios importantes respecto a los valores obtenidos al final del tratamiento.

Tabla 4

Pruebas *t* de Student-Fisher para evaluar el cambio en el estado psicológico relacionado con el juego

Tratamiento: G. Abierto	Media al inicio del tratamiento	Media al final del tratamiento	Diferencia (final - inicio)	Signif. (valor P)	IC 95% para diferencia medias
SOGS total	10,29	1,57	8,72	0,001	5,5 a 12,0
SCL PST	35,71	10,43	25,28	0,023	5,0 a 45,6
SCL GSI	0,90	0,14	0,74	0,046	0,1 a 1,5
SCL PSDI	2,01	0,92	1,09	0,020	0,3 a 1,9
Tratamiento G. cerrado	Media al inicio del tratamiento	Media al final del tratamiento	Diferencia (final - inicio)	Signif. (valor P)	IC 95% para diferencia medias
SOGS total	10,68	1,65	9,03	0,001	8,4 a 9,7
SCL PST	35,08	21,49	13,59	0,001	9,3 a 17,9
SCL GSI	0,72	0,35	0,37	0,001	0,3 a 0,5
SCL PSDI	1,63	1,30	0,33	0,001	0,2 a 0,4

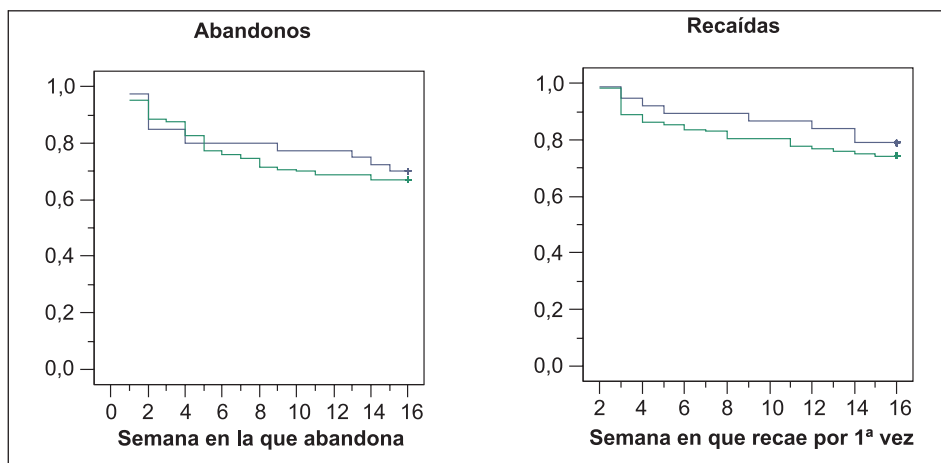
La figura 1 presenta las funciones de supervivencia para abandonos y recaídas en cada condición terapéutica, estimadas con el método Kaplan-Meier. El modelo que recoge la probabilidad de «sobrevivir sin abandonar» en el grupo abierto aporta los siguientes resultados: el 95% de los pacientes permanecían en tratamiento más de una semana (y por consiguiente, sólo el 5% de la muestra abandonaba durante los primeros 7 días), el 85% permanecían en tratamiento más de dos semanas (el 15% de la muestra abandonaba entre las semanas primera y segunda), y así sucesivamente. Aproximadamente el 70% de los pacientes permanecían en tratamiento durante más de 15 semanas, es decir, completaban el tratamiento. De la gráfica que contiene este modelo se deduce que en la función de supervivencia hay un cambio destacable durante la semana cuarta: el 80% de los pacientes se mantenían en tratamiento durante más de un mes y el restante 20% abandonaba antes del mes. Entre las semanas 5 y 15 se producían el restante 10% de abandonos. De esto se deduce que el mayor esfuerzo terapéutico debe realizarse durante el primer mes.

El modelo que recoge la probabilidad de «sobrevivir sin abandonar» en el grupo cerrado indica que el 90,51% de los pacientes permanecían en tratamiento durante más de una semana (por consiguiente, sólo el 9,48% de la muestra abandonaba en la primera semana), el 88,32% continuaba con el tratamiento más de 2 semanas (el 11,68% abandonaba entre las semanas primera y segunda), etc. Aproximadamente el 67% de los pacientes permanecían en tratamiento durante más de 14 sesiones, es decir, completaban el tratamiento. En este modelo, la tasa de abandonos se producía a un ritmo muy constante, y es difícil establecer un cambio cualitativo en la gráfica de supervivencia. En cualquier caso, también se apreciaba un pequeño salto en la semana 5: el 77% de los pacientes continuaban el tratamiento durante más de 5 semanas, y por tanto el 23% abandonaba antes de este momento. Entre las

semanas 6 y 14 se producían el restante 10% de abandonos. De esto se deduce que es importante efectuar un esfuerzo terapéutico durante el primer mes y medio.

La función de supervivencia para las recaídas en el grupo abierto aporta los indicios siguientes: el 97,37% de los pacientes permanecían sin recaídas durante más de dos semanas (sólo el 3% de la muestra recaía durante las dos primeras semanas), el 94,74% permanecían sin recaer durante más de 3 semanas (el 5% de la muestra recaía entre las semanas primera y tercera), etc. Aproximadamente un 79% de los sujetos permanecían sin recaídas durante más de 14 sesiones, es decir, no recaían durante ningún momento de las 16 semanas que duraba la intervención. El restante 21% recidivaba entre las semanas 1 y 14. En cuanto a los cambios en la gráfica, destaca el que se produce en la quinta semana: entre las sesiones 1-5 habían recaído el 10% de los sujetos, entre las sesiones 5 y 9 sólo recaía un 3%, y de las semanas 9 a 12 recidivaba otro 3%. El restante 5% de las recaídas se producían entre las semanas 12 y 14. En otras palabras, durante el primer mes recaían el 10% de los casos. Durante el segundo mes se producía otro 3% de las recaídas, igual que en tercer mes. El restante 5% de recidivas se presentaban durante el cuarto mes.

Finalmente, de la función de supervivencia para recaídas en el grupo cerrado se deduce lo siguiente: el 96,58% de los pacientes permanecían sin recaer más de 2 semanas, el 90% durante más de 3 semanas, y así sucesivamente. Aproximadamente el 74% de los sujetos no presentaba episodios de juego durante todo el período. Respecto a los cambios cualitativos en la gráfica de supervivencia destacan los que se producen en las semanas 3 y 8. Según estos resultados, aproximadamente un 11% de los pacientes recaían entre las semanas 1 a 3, un 8% entre las semanas 3 y 8, y un 7% después del segundo mes.



Tipo de tratamiento: — Abierto ; - - - Cerrado

Figura 1

Funciones de supervivencia para el estudio de la eficiencia terapéutica

La tabla 5 contiene los modelos de regresión logística que miden la contribución de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas sobre la *odds* de abandono y recaída. Los resultados indican que ninguna de las variables analizadas contribuyó a explicar la probabilidad de abandono. En el caso de las recaídas, los resultados muestran que por cada punto que aumenta la puntuación en la escala de búsqueda de novedades del TCI, la *odds* de recidiva se multiplica por 1,04 (IC 95%: 1,02 a 1,07). Asimismo, por cada punto que crece la escala PSDI del SCL-90-R, la posibilidad de recaída se multiplica por 3,3 (IC 95%: 1,4 a 7,4). Por cada punto más en la escala de impulsividad del Eysenck, la posibilidad de recaída crece 1,2 veces (IC 95%: 1,05 a 1,28). Todos los modelos de la tabla 5 ajustan de forma correcta, ya que los resultados obtenidos en la prueba de Hosmer y Lemeshow son estadísticamente no significativos. La capacidad discriminativa global es, sin embargo, débil (el área bajo la curva ROC no supera 0,60) y la capacidad predictiva global es relativamente baja (va del 10% al 12%). Estos datos sugieren interpretar con cautela estos modelos.

Tabla 5

Modelos de regresión logística para explorar qué variables explican la *odds* de abandono y recaída

Factores explicativos de las recaídas	B	p	OR	IC 95% OR	Ajuste ¹
<i>Modelo: demográficos e historia problema</i> Ninguna variable es significativa					
<i>Modelo: variables TCI</i> Búsqueda de novedades (constante)	0,044 -6,030	0,002	1,044	1,016 1,073	ROC = 0,60 H-L = 0,239 R ² = 0,122
<i>Modelo: variables SCL-90-R</i> Puntuación PSDI (constante)	1,183 -3,150	0,005	3,265	1,440 7,402	ROC = 0,59 H-L = 0,410 R ² = 0,095
<i>Modelo: variables Eysenck</i> Impulsividad (constante)	0,147 -2,460	0,002	1,159	1,053 1,275	ROC = 0,57 H-L = 0,534 R ² = 0,098

Factores explicativos de los abandonos	Ninguna variable es significativa
--	-----------------------------------

¹ ROC = Área bajo la curva ROC; H-L = Prueba de Hosmer y Lemeshow (valor p); R² = Índice de Nagelkerke.

Discusión

El perfil sociodemográfico y clínico de los jugadores patológicos del estudio coincide, en líneas generales, con el que se describe en los trabajos epidemiológicos sobre sujetos en programas de tratamiento profesional (Hraba y Lee, 1995; Ladouceur, 1991; Shepherd *et al.*, 1998; Aymamí, González y Jiménez, 1999). A pesar de la amplia disponibilidad de modelos explicativos del juego patológico, existe escasa evidencia empírica acerca de la validez de las distintas aproximaciones terapéuticas. En este sentido, son útiles las revisiones críticas exhaustivas publicadas por Oakley-Browne, Adams y Mobberley (1999) y por Toneatto y Ladouceur (2003). Los ensayos clínicos controlados en juego patológicos se limitan únicamente a ocho. Todos ellos siguen una orientación cognitivo-conductual, demostrando ésta ser superior a la condición de no tratamiento. Coincidiendo con los resultados obtenidos en estos estudios (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000; McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991, Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997), en este trabajo se observa que un 67% de los pacientes de la muestra finalizan tratamiento y menos del 25% presentan una o más recaídas. Aunque la mayoría de estudios sobre eficacia de tratamiento tienden a centrarse, únicamente, en los cambios en la conducta de juego (frecuencia, tamaño de la apuesta, tasas de abstinencia y recaída) (Toneatto, 2005), algunos comparan los datos obtenidos en el pre con el post-test (Ladouceur *et al.*, 2003), mostrando diferencias estadísticamente significativas entre las dos medidas. En el presente trabajo, observamos un decremento significativo, independientemente de la modalidad de tratamiento grupal aplicada, del nivel de psicopatología y gravedad de la conducta de juego, manteniéndose los resultados en los seguimientos realizados al mes, tres, seis y doce meses de haber finalizado el tratamiento grupal cerrado. Así pues, podría sugerirse que un programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el juego patológico es eficaz tanto en la recuperación del autocontrol perdido (tasas de abstinencia y medidas psicométricas), como en la remisión de la alteración emocional asociada, tal y como otros trabajos han demostrado previamente (López-Viets y Miller, 1997). Ello se explicaría con base en la hipótesis de que algunos jugadores patológicos presentarían psicopatología comórbida (especialmente sintomatología afectiva) secundaria a su problema de juego. Al remitir el trastorno primario, es decir la adicción al juego, mejoraría paralelamente el cuadro de perturbación emocional reactivo. En este caso, además, tal y como se ha descrito en el apartado de procedimiento, aquellos pacientes que presentaban psicopatología comórbida primaria eran excluidos del programa de tratamiento grupal (ya fuera abierto o cerrado), planteándose la intervención terapéutica desde una perspectiva individual o derivando al paciente a otros dispositivos asistenciales especializados en otro tipo de trastornos.

Al examinar la eficiencia de las dos modalidades de terapéuticas grupales de este estudio, se evidenció que la mayor tasa de abandonos y recaídas se producía durante las cinco primeras semanas. Desde un punto de vista clínico, podría interpretarse que el esfuerzo para lograr una adecuada adherencia debía realizarse durante el primer mes y medio de tratamiento. Según Hodgins (2005) y Toneatto

y Millar (2004) una de las variables más relevantes implicadas en la adherencia al tratamiento sería la motivación al cambio. Estos autores consideran que es necesario diseñar programas de tratamiento que tengan en cuenta dos aspectos fundamentales: ser poco intrusivos en el estilo de vida del paciente y orientarse básicamente a trabajar factores de motivación al cambio. Es posible que los abandonos y las recaídas al inicio de nuestro programa de tratamiento puedan explicarse en este sentido. A pesar de que una baja motivación (pacientes en una fase precontemplativa, según Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) es uno de los criterios de exclusión al programa de tratamiento grupal, con frecuencia se observan casos que presentan una motivación más externa (familia, problemas legales, etc.) que interna y propia. Ello, asociado, a la dificultad de asistir una vez a la semana durante 4 meses, en horario laboral, puede favorecer el hecho de abandonar la terapia. Sin embargo, para Ladouceur (2005) las elevadas tasas de abandonos pueden estar asociadas al planteamiento de la abstinencia como única meta terapéutica, a pesar de que clínicos e investigadores consideren la posibilidad de incluir el juego controlado como objetivo, desde la perspectiva de la reducción del daño. Quizás, ello facilitaría que los pacientes menos convencidos de su capacidad para conseguir y mantener la abstinencia definitiva finalizaran el tratamiento. Asimismo, según este autor, el juego controlado, al inicio de la terapia, facilitaría el aumento de la percepción de auto-eficacia por parte del paciente lo que, a su vez, llevaría a la aceptación de la abstinencia definitiva, como objetivo último del tratamiento.

Los resultados del presente trabajo indican, asimismo, que la gravedad del trastorno, elevada impulsividad, búsqueda de sensaciones y gravedad de la psicopatología predicen una peor respuesta al tratamiento (mayor tasa de recaídas). En este sentido, diversos autores han relacionado el rasgo búsqueda de novedad e impulsividad, así como presencia de comorbilidad, con gravedad del trastorno y peor respuesta al tratamiento (Vitaro, Arseneault y Tremblay, 1997; Lynch, Maciejewski y Potenza, 2004). Sin embargo, la persistencia como rasgo de personalidad actuaría como factor protector de recaída, según nuestros resultados. Cloninger (1999 –datos no publicados) describe la persistencia como la dimensión de temperamento que se caracterizaría por la tendencia a la autoexigencia, ambición, constancia, capacidad de esfuerzo y superación. Clínicamente, podría esperarse que estas variables actuaran como facilitadoras del proceso terapéutico. Otros trabajos, sin embargo, observan que es la auto-dirección como medida de responsabilidad con las propias decisiones, disponibilidad de estrategias de afrontamiento, autoestima y eficacia, la variable de personalidad mayormente implicada en una rápida respuesta al tratamiento cognitivo-conductual (Bulik *et al.*, 1999).

Finalmente, destacar que estos hallazgos necesitan ser replicados incluyendo otras modalidades terapéuticas y, por tanto, muestras de jugadores patológicos más amplias y representativas de todos los tipos de pacientes afectados por esta patología. El presente estudio se centraba únicamente en describir la eficacia y eficiencia de dos intervenciones grupales cognitivo-conductuales para el juego patológico, dirigidas a pacientes que cumplían unos criterios de inclusión/exclusión muy específicos para estos tipos de aproximaciones terapéuticas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª edición)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Aymamí, M.N., González, A. y Jiménez-Murcia, S. (1999). Epidemiología del juego patológico en un programa de tratamiento profesional. *Anuario de Psicología*, 30, 21-31.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., McIntosh, V.V. y Joyce, P.R. (1999). Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 137-144.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cloninger, R. (1999). *Temperament and Character Inventory –Revised*. Datos no publicados.
- Derogatis, L.R. (1977) *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual –I for the (R)evised version*. John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore.
- Doménech, J.M., Bonillo, y Granero, R. (1999). *Macros SPSS para análisis de datos en Ciencias de la Salud*. Barcelona: Signo.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000). Prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, 31, 351-364.
- Eysenck, S.B.G., Pearson, P.R., Easting, G. y Allsopp, J.P. (1985) Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, 6, 613-619.
- Farkas, A.J., Pierce, J.P., Zhu, S.H., Rosbrook, B., Gilpin, E.A., Berry, C. y Kaplan, R.M. (1996). Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*, 91, 1271-1280.
- Gutiérrez-Zotes, J.A., Bayón, C., Montserrat, C., Valero, J., Labad, A., Cloninger, R.C. y Fernández-Aranda, F. (2004). Inventario del Temperamento y el Carácter-Revisado (TCI-R). Baremación y datos normativos en una muestra de población general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 8-15.
- Hodgins, D.C. (2005). Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 21, 13-19.
- Hraba, J. y Lee, G. (1995). Problem gambling and policy advice: the mutability and relative effects of structural, associational and attitudinal variables. *Journal of Gambling Studies*, 11, 105-121.
- Jiménez-Murcia, S., Aymamí, M.N., Gómez-Peña, M. et al. (2004). Predictors for improvement in pathological gambling. Ponencia presentada en *The Annual Conference on Research, Prevention and Treatment of Problem Gambling*, celebrada en Junio de 2004, Fénix (EEUU).
- Kazdin, A. (2001). Progress of therapy research and clinical application of treatment requires better understanding of the process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 143-151.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21, 51-59.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, C., Doucet, C. y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behavior Research and Therapy*, *41*, 587-596.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, C., Doucet, C. Leblond, J. y Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 773-780.
- Lesieur, HR. y Blume, SB. (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1184-1188.
- López-Viets, V.C. y Miller, W.R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, *17*, 689-702.
- Lynch, W.J., Maciejewski, P.K., y Potenza, M.N. (2004). Psychiatric correlates of gambling in adolescents and young adults grouped by age at gambling onset. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1116-1122.
- McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A., y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitisation 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. *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.
- Milton, S., Crino, R., Hunt, C. y Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioral treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, *18*, 207-229.
- Oakley-Browne, M.A., Adams, P. y Mobberley, P.M. (1999). Intervenciones para el juego patológico. En *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114.
- Raylu, N. y Oei, T.P.S. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, *22*, 1009-1061.
- Shepherd, R., Ghodse, H. y London, M. (1998). A pilot study examining gambling behavior before and after the launch of the National Lottery scratch cards in the UK. *Addiction Research*, *6*, 5-12.
- Specker, S.M., Carlson, G.A., Edmonson, K.M., Johnson, P.E. y Marcotte, P.E. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, *12*, 67-81.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV Diagnostic Criteria for Pathological Gambling. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 180-182.
- Sylvain, C., Ladouceur, R. y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 727-732.
- Toneatto, T. y Ladouceur, R. (2003). The treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, *17*, 284-292.
- Toneatto, T. y Millar, G. (2004). The assessment and treatment of problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 501-503.
- Toneatto, T. (2005). A perspective on problem gambling treatment: Issues and challenges. *Journal of Gambling Studies*, *21*, 75-80.
- Vitaro, F., Arseneault, L. y Tremblay, R.E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1769-1770.