# Nuevas perspectivas en la evaluación y tratamiento del juego patológico

Javier Fernández-Montalvo*
Enrique Echeburúa**
Kontxi Báez***

## Introducción

El juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que ha irrumpido de una forma nueva en nuestra época. La afición a los juegos de azar (loterías, cupones de la ONCE, quinielas, etc.) o de habilidad (cartas, apuestas diversas, etc.) está muy arraigada en nuestro país y no es, en modo alguno, una circunstancia de hoy. Lo que sí es un fenómeno nuevo es la irrupción de las máquinas tragaperras –denominadas eufemísticamente *recreativas*–, así como la incorporación de los adolescentes a unos juegos que hasta ahora estaban reservados a los adultos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

La presencia en la calle de máquinas tragaperras, junto con la oferta de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones de la ONCE, carreras de caballos, etc.), ha aumentado considerablemente la inversión de dinero en los juegos de azar. No se trata obviamente de defender que cualquier jugador que opta por dedicar esporádicamente una parte de su tiempo y dinero al juego es un ludópata en potencia. Es un hecho incuestionable, sin embargo, que el crecimiento de la ludopatía está en relación directa con el aumento y difusión sin restricciones de la oferta de juego y que la indefensión ante esta avalancha afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente.

La ludopatía es una forma de adicción psicológica. Las adicciones no se limitan exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. Sin tratar de conferir atributos psicopatológicos a conductas habituales, lo cierto es que de conductas *normales* –incluso saludables– se pueden hacer usos *anormales* en función de la intensidad, de la frecuen-

* Profesor ayudante de Universidad. Area: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad Pública de Navarra.
** Catedrático de Universidad. Area: Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad del País Vasco.
*** Doctora en Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Rentería (Guipúzcoa).

cia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echeburúa y Corral, 1994).

En realidad, cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva. Lo que define a esta última es que el paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y que continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas, supeditando el estilo de vida al mantenimiento del hábito. Desde una perspectiva motivacional, el alivio de la tensión emocional prima sobre el aspecto placentero de la conducta en sí. En este caso la dependencia es tan marcada que la conducta está precipitada por un deseo intenso e inaplazable y que el sujeto –ofuscado por la adicción– pierde interés por las actividades sociales y lúdicas que previamente le resultaban satisfactorias. En último término, lo que diferencia al hábito de la adicción es que esta última tiene efectos contraproducentes para el sujeto.

El tránsito del juego normal a la ludopatía no siempre es rectilíneo. Cuando una persona comienza a jugar más dinero de lo que tenía planeado, prefiere hacerlo solo e intenta ganar para recuperar lo perdido y hacer frente a las deudas, está ya en la antesala del juego patológico. Éste se caracteriza por la pérdida de control, la dependencia emocional respecto al juego y la interferencia grave en la vida cotidiana y en las relaciones familiares y sociales del sujeto. En realidad, la urgencia para llevar a cabo la conducta y el malestar experimentado por el ludópata si se le impide hacerlo son muy similares al deseo compulsivo y al síndrome de abstinencia sufridos por los toxicómanos.

## Concepto y características fundamentales del juego patológico

La ludopatía es un trastorno de conducta que aparece clasificado por primera vez como una entidad nosológica y con unos criterios diagnósticos específicos en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). En la actualidad se halla categorizado en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) como un *trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados*, junto con la cleptomanía, la piromanía, el trastorno explosivo intermitente, etc. Las características generales de estos trastornos son: el fracaso en resistir el impulso, la sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo el acto y la experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de consumarlo. En concreto, el juego patológico figura como un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que altera sustancialmente los objetivos personales, familiares y/o profesionales (Robert y Botella, 1995).

La tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 1% y el 3% de la población adulta (Allcock, 1986; APA, 1994; Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1992; Volberg y Steadman, 1988). En la *tabla 1* se presenta un resumen de los estudios epidemiológicos realizados en España.

Tabla 1
Estudios epidemiológicos realizados en España

| Autores y año | Procedencia | N | Jugadores patológicos | Jugadores problemáticos |
|---|---|---|---|---|
| Cayuela, 1990 | Cataluña | 1.230 | — | 2,5% |
| Becoña, 1991 | Galicia | 1.615 | 1,73% | 1,6% |
| Legarda, Babio y Abreu, 1992 | Sevilla | 598 | 1,7% | 5,2% |
| Becoña y Fuentes, 1994 | Galicia | 1.028 | 1,4% | 2,0% |
| Irurita, 1996 | Andalucía | 4.977 | 1,8% | 4,4% |

El trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente. A diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico se distribuye por todas las clases sociales y por todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años. De hecho, cada vez son más los adolescentes que acuden a consulta por problemas de juego (Báez y Echeburúa, 1995).

Los ludópatas, al menos en nuestro país, muestran una dependencia fundamentalmente a las máquinas tragaperras, ya sea en exclusiva o en combinación con otros juegos. La dependencia en exclusiva a otros juegos de azar es mucho menor (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994). La peligrosidad de las máquinas tragaperras deriva de algunas circunstancias sociales –y en particular de su difusión en locales no específicos de juego–, de algunas características técnicas –el bajo precio de las apuestas, la posibilidad de reprogramación de la máquina por parte del sujeto que genera una cierta *ilusión de control*, etc.– y de ciertos factores psicológicos: un lapso de tiempo mínimo entre la apuesta y el resultado, las luces intermitentes de colores que, junto con la musica y el tintineo estrepitoso de las monedas cuando se gana, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica. No deja de ser significativo, desde esta misma perspectiva, que las máquinas constituyan un *juego de azar*, pero que, sin embargo, los ludópatas, al poder reprogramar o acelerar el funcionamiento de las máquinas, las consideren un *juego de habilidad*.

Desde su descripción como un trastorno de conducta, la ubicación nosológica de este cuadro clínico ha sido objeto de discusión. De hecho, hoy por hoy no existe todavía un acuerdo sobre su clasificación. Mientras que las nosología psiquiátricas vigentes –DSM-IV (APA, 1994) e ICD-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)– lo conceptualizan como un trastorno del control de los impulsos, la mayor parte de los autores lo consideran como una adicción sin droga. La sintomatología central de los ludópatas coincide en gran parte con la de los alcohólicos y drogodependientes.

Desde una perspectiva psicopatológica, los trastornos del estado de ánimo (depresión e hipomanía, fundamentalmente) y las conductas adictivas están asocia-

dos con frecuencia al juego patológico. En la muestra de 64 jugadores patológicos de Báez *et al.* (1994) un 94% de los jugadores manifestaba algún grado de sintomatología depresiva. En el estudio de McCormick, Russo, Ramírez y Taber (1984) con 60 jugadores patológicos, había un 76% de casos de depresión y un 38% de hipomanía.

Por otra parte, la tasa de prevalencia del consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre los jugadores patológicos oscila alrededor del 15% (Lesieur, Blume y Zoppa, 1986; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez-Martos, 1989), pero en algunos estudios esta tasa es aún mayor (Báez *et al.*, 1994; Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983). El consumo de sustancias adictivas puede responder a motivaciones distintas, tales como la potenciación de la estimulación y del placer, el enfrentamiento a las vivencias de juego, el olvido de las pérdidas y/o la sustitución de la adicción (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Como ocurre en las conductas adictivas, el impacto del juego patológico va más allá del paciente identificado. En concreto, la familia, los amigos y el ambiente laboral están profundamente afectados por la problemática del juego del sujeto. De hecho, el deterioro puede extenderse en algunos casos a la pareja del jugador, en forma de aumento de la bebida y del tabaco, de trastornos alimentarios, de gastos impulsivos sin control, etc. (Lorenz y Yaffee, 1988).

## Evaluación del juego patológico

[illegible] muchas las áreas que deben tomarse en consideración para obtener una estimación precisa de la gravedad del problema, es decir, de las alteraciones que la adicción al juego produce en aspectos importantes de la vida del jugador. El juego supone una alteración sustancial de la adaptación familiar, laboral, económica y social del sujeto. Asimismo la relación entre la ludopatía y otros trastornos psicopatológicos (ansiedad, depresión y dependencia de sustancias psicoactivas, especialmente) es muy estrecha. Todo ello hace imprescindible, desde la perspectiva de una evaluación integradora de la ludopatía, el análisis conjunto de todos estos ámbitos, sin limitarse exclusivamente a las conductas de juego.

Una limitación importante en la evaluación del jugador patológico es la fiabilidad de los datos que el paciente proporciona. El ludópata tiende habitualmente a no ser todo lo sincero que sería deseable cuando contesta las preguntas del terapeuta y cuando cumplimenta los cuestionarios. No hay que olvidar que la negación de la enfermedad es una característica de todos los trastornos adictivos y que, en concreto, aparece en los jugadores patológicos (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). En este sentido, en el estudio de Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1994a) la correlación entre la valoración de los familiares y la información proporcionada por el paciente, si bien era significativa, explicaba sólo el 16% de la varianza común. Resulta necesario, por tanto, contrastar, en la medida de los posible, la información que aporta el jugador con la que puedan aportar personas significativas en la vida de éste. De esta forma, se podrá estimar más adecuadamente la gravedad del problema que presenta el paciente, además de poder realizar una evaluación más rigurosa de los progresos terapéuticos conseguidos tras el tratamiento.

En la evaluación de los jugadores patológicos se han utilizado entrevistas (estructuradas o semiestructuradas) (Echeburúa *et al.*, 1994a; Lesieur y Blume, 1991; McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1988), autoinformes (Echeburúa *et al.*, 1994a; Lesieur y Blume, 1987, 1990), autorregistros (Echeburúa *et al.*, 1994a; Dickerson, 1990; Taber, McCormick, Russo, Adkins y Ramírez, 1987) y, en menor medida, técnicas de observación (Ladouceur, Mayrand, Dussault, Letarte y Tremblay, 1984; Leary y Dickerson, 1985) y registros psicofisiológicos (Leary y Dickerson, 1985).

Por lo que se refiere a los problemas asociados a la ludopatía, los aspectos más importantes que han sido objeto de evaluación han sido la ansiedad, la depresión, la autoestima, la adaptación, el consumo de alcohol, el apoyo social y la relación de pareja. Asimismo es conveniente averiguar las expectativas de cambio que tiene el jugador cuando acude al tratamiento, así como el grado de satisfacción con la terapia recibida al finalizar la misma. En concreto, la satisfacción con el tratamiento ha mostrado ser una variable predictora de éxito terapéutico (*cfr.* Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995).

## Instrumentos de evaluación de la conducta de juego

A continuación se describen las características generales de los principales instrumentos de evaluación disponibles en la actualidad, así como sus propiedades psicométricas.

La *Entrevista Estructurada de la Historia de Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a) consta de 10 ítems, que recogen datos sobre los hábitos de juego de los padres, el inicio y el agravamiento de la conducta de juego en el paciente (incluyendo altibajos y periodos de abstinencia) y otros aspectos de la vida cotidiana (familia, pareja, trabajo, estudios, relaciones sociales, ocio, etc.) que son muy útiles en la evaluación y control del problema específico de cada sujeto. Resulta un instrumento efectivo para establecer empatía con el paciente y explorar las variables que han incidido en cada caso en el desarrollo y mantenimiento del juego problemático.

El *Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP)* (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995) es un cuestionario de "*sreening*" que consta de 4 ítems y que es, por ello, de rápida aplicación. Se presenta de forma autoaplicada, si bien puede cuplimentarse también en el transcurso de una entrevista. Está basado en la versión española (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b) del *Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987).

Se trata de 4 ítems que presentan dos alternativas de respuesta (*Sí/No*). El contenido de los mismos hace referencia a si el sujeto cree que tiene problemas con el juego, a si se siente culpable por lo que le ocurre cuando juega, a si ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello, y, por último, a si ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas. El rango del cuestionario oscila de 0 a 4.

Las propiedades psicométricas del CBJP –obtenidas a partir de una muestra de 74 jugadores patológicos y 400 sujetos normativos– indican unos índices de fiabili-

dad y validez muy altos. Una descripción detallada de las mencionadas propiedades psicométricas puede encontrarse en Fernández-Montalvo *et al.* (1995).

El CBJP presenta como ventajas la brevedad y la facilidad de aplicación. Por ello, puede ser utilizado tanto por personal especializado (psicólogos clínicos y psiquiatras, principalmente) como por personal no especializado (A.T.S., médicos de atención primaria, trabajadores sociales, etc.), sin que suponga una gran cantidad de tiempo. Gracias a su brevedad, es una prueba que puede ser intercalada en la historia clínica habitual de pacientes aquejados de problemas médicos o de trastornos de conducta diversos y detectar así de forma temprana una dependencia al juego, que puede ser confirmada y diagnosticada con más precisión con los instrumentos descritos a continuación (Fernández-Montalvo *et al.*, 1995).

El *Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987; validación española de Echeburúa *et al.*, 1994b) es un cuestionario de 20 ítems, elaborado con arreglo a los criterios del DSM-III (APA, 1980), pero que se adapta también a los del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1987). Este cuestionario constituye, sin duda, el instrumento más fiable y válido de que se dispone actualmente para diagnosticar el juego patológico, así como el más utilizado en diferentes contextos y culturas. Una limitación del SOGS es que las preguntas tienen un carácter atemporal y que, por ello, no es sensible al cambio terapéutico.

El SOGS se ha validado recientemente en la población española (*cfr.* Echeburúa *et al.*, 1994b). Los resultados obtenidos, con una muestra de 72 jugadores patológicos y 400 sujetos normativos, indican unos índices de fiabilidad y válidez muy altos. [illegible] del SOGS, que incluye los índices de fiabilidad y de validez, así coo la estructura factorial del cuestionario, puede encontrarse en Echeburúa *et al.* (1994b).

El *Cuestionario de Evaluación de Variables Dependientes del Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a) consta de 5 ítems que evalúan la presencia de conductas alteradas específicas del juego patológico (frecuencia de juego, cantidad de dinero gastado en el juego, tiempo dedicado al juego, frecuencia con la que se piensa en el juego y necesidad de juego) y el nivel de gravedad en el caso de que estén presentes. Las puntuaciones oscilan entre 0 (nada) y 4 (muchísimo), con un rango del cuestionario de 0 a 20. La detección de estas variables permite llevar a cabo una evaluación individualizada de la conducta de juego.

Existen dos versiones –una para el paciente y otra para el familiar–, lo que permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente. Otra ventaja importante es que se trata de un cuestionario que se ha mostrado sensible al cambio terapéutico (*cfr.* Echeburúa *et al.*, 1994a) y que posibilita, por ello, evaluar el nivel de mejoría conseguido por el paciente al acabar el tratamiento.

El *Inventario de Pensamientos sobre el Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a) consiste en un listado de 27 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del jugador patológico. El paciente ha de señalar, en cada una de las subescalas, qué pensamientos del inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Este instrumento consta de 3 subescalas, aunque sólo las dos primeras contribuyen a la puntuación total. La primera subescala –compuesta por 15 ítems, y con un rango que oscila de 0 a 15– evalúa los sesgos cognitivos que presenta el jugador en rela-

ción con la conducta de juego. La segunda –compuesta por 6 ítems, y con un rango que oscila de 0 a 6– detecta los sesgos cognitivos que presenta el jugador en relación con su percepción del problema de juego. El rango total de este instrumento es de 0-21. Por último, la tercera subescala –compuesta también por 6 ítems, y con un rango de 0 a 6, pero que no figura en la puntuación total– proporciona información adicional sobre el estilo atribucional y el *locus de control* del jugador respecto a su problema y a la posibilidad de superarlo.

Este inventario ha mostrado tener una alta capacidad para detectar los sesgos cognitivos que presentan los jugadores. Asimismo, cuando se han comparado las puntuaciones de los jugadores con las de la población normal, los ludópatas obtienen una puntuación significativamente superior a la de la población normal. Por lo tanto, se trata de un instrumento útil para evaluar los principales sesgos cognitivos que caracterizan a los ludópatas (*cfr.* Fernández-Montalvo *et al.*, 1996): ilusión de control, negación de la enfermedad, subestimación de las pérdidas, etc.

El *Autorregistro de Juego* (Echeburúa y Báez, 1994a) recoge datos sobre la fecha, hora, pensamientos, lugares y tiempo empleado, sobre el tipo de juego, la compañía y el dinero gastado, así como sobre las consecuencias experimentadas. Se trata de un autorregistro fácil de completar y ofrece información importante sobre la conducta de juego. Permite detectar las circunstancias individuales que ponen en marcha la conducta de juego, así como las consecuencias derivadas de dicha conducta. Por ello, resulta fundamental para el análisis funcional de la conducta y para el diseño de un programa individualizado.

El registro *Circunstancias que ponen en marcha la conducta de juego* (Echeburúa y Báez, 1994a) resulta extremadamente útil para obtener información sobre los desencadenantes de la conducta de juego. Este registro recoge información sobre los estados emocionales, así como sobre los estresores y las situaciones que ponen en marcha la conducta de juego.

## Tratamiento del juego patológico

Debido a que inicialmente el juego patológico se ha considerado como una adicción, se han ensayado, especialmente en los primeros momentos, técnicas terapéuticas que han mostrado su utilidad en el control del alcoholismo y de la drogadicción. En concreto, los tratamientos más utilizados han sido las técnicas aversivas (Barker y Miller, 1968; Seager, 1970), la reestructuración cognitiva (Bannister, 1977; Echeburúa *et al.*, 1994a), la intención paradójica (Victor y Krug, 1967), la desensibilización imaginada (McConaghy *et al.*, 1983; 1988), la exposición en vivo y el control de estímulos (Echeburúa *et al.*, 1994a; Greenberg y Rankin, 1982) y la terapia de grupo (Echeburúa *et al.*, 1994a; Turón, Salgado, González y Vicente, 1990). Asimismo, más recientemente, se ha comenzado a aplicar programas psicofarmacológicos específicos (Hollander, Frenkel, Decaria, Trungold y Stein, 1992; Saiz-Ruiz, Moreno y López-Ibor, 1992; Turón *et al.*, 1990).

Sin embargo, si bien son abundantes las técnicas empleadas, resultan escasos los estudios publicados en los que se compare la eficacia diferencial de distintas aproximaciones terapéuticas. Por otra parte, los estudios aluden generalmente a combina-

ciones de técnicas de las que no siempre puede aislarse el componente efectivo (Blaszczynski, 1985). Por ello, es sumamente necesaria la puesta en marcha de investigaciones rigurosas y controladas sobre el tratamiento del juego patológico.

Las técnicas mejor estudiadas hasta la fecha son la desensibilización imaginada (variante de la desensibilización sistemática en la que las escenas no se presentan en un orden jerárquico) y la exposición en vivo con prevención de respuesta junto con el control de estímulos. El resto de las técnicas, o bien han caído en desuso (por ejemplo, las técnicas aversivas), o bien remiten a estudios de casos (por ejemplo, la intención paradójica). Respecto a la reestructuración cognitiva, no se ha mostrado superior hasta el momento a otro tipo de técnicas más conductuales (*cfr.* Echeburúa *et al.*, 1994a).

La utilización de técnicas reductoras de ansiedad –la desensibilización sistemática, principalmente– está estrechamente relacionada con el "mecanismo de ejecución conductual" como teoría explicativa del mantenimiento del juego (McConaghy, 1982). La hipótesis plantea que en el Sistema Nervioso Central se establece un mecanismo neurofisiológico de ejecución de una conducta cuando dicha conducta se convierte en habitual. Este mecanismo es activado cuando la persona está en presencia de estímulos que precedieron a la realización de la conducta habitual en el pasado o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicha conducta. Si la conducta no es completada –más aún en el caso de conductas ilícitas o generadoras de sentimientos de culpa– cuando el sujeto es estimulado para llevarla a cabo, el mecanismo de [illegible] de activación y, por tanto, de tensión subjetiva. El malestar producido por esta situación fuerza al sujeto a [illegible] conducta, incluso aunque no desee hacerlo.

En el marco de esta hipótesis explicativa McConaghy *et al.* (1983) llevaron a cabo un estudio con 20 sujetos, en el que asignaron 10 a una modalidad de desensibilización imaginada y otros 10 a una modalidad de terapia aversiva.

En la modalidad de desensibilización imaginada los sujetos, en primer lugar, tenían que describir cuatro situaciones que les impulsaban a jugar, pero sin culminar en la conducta de juego. A continuación, se les enseñaba a relajarse con un método breve de relajación. Después, los sujetos, en estado de relajación, tenían que imaginarse la primera de las cuatro situaciones, y así sucesivamente hasta que se completaban las cuatro escenas. En la modalidad de terapia aversiva los pacientes, en primer lugar, escribían en tarjetas doce frases relacionadas con aspectos excitantes de la conducta de juego y otras tres relacionadas con conductas incompatibles con el juego (por ejemplo, "ir a casa en busca de mi mujer"). A continuación, se presentaban a los pacientes las tarjetas de forma aleatoria. Los sujetos recibían choque eléctricos en los dedos cada vez que leían alguna de las doce frases relativas a la conducta de juego, pero no así cuando les correspondía leer alguna de las tres frases restantes relacionada con actividades incompatibles. Los pacientes de ambas modalidades recibieron 14 sesiones de tratamiento de 20 minutos en un período de 1 semana en régimen de internamiento.

Tras la evaluación de los pacientes al mes y al año del tratamiento con un evaluador independiente, un 70% de los sujetos tratados con desensibilización imaginada

ya no mostraban un deseo vehemente de jugar ni jugaban (o lo hacían moderadamente), frente a un 20% de los sujetos tratados con terapia aversiva.

En un estudio posterior de este mismo grupo (McConaghy *et al.*, 1988) se asignaron 10 sujetos a una modalidad de desensibilización imaginada y otros 10 a una modalidad de relajación. El tratamiento se llevó a cabo en régimen de internamiento durante 1 semana. Ambas modalidades terapéuticas se mostraron efectivas para la reducción del impulso vehemente de jugar y de la conducta de juego (con tasas de éxito total o parcial del 50% al 70% de los casos al cabo de 1 año de seguimiento), así como para la disminución del grado de ansiedad, pero no hubo diferencias significativas entre ellas. Por otra parte, un alto nivel de ansiedad-estado al mes de seguimiento era un predictor de fracaso terapéutico al año de seguimiento.

En un estudio de seguimiento de los resultados terapéuticos a largo plazo (con una media de 5 años) del grupo de McConaghy (McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991), se confirma la potencialidad terapéutica de la desensibilización imaginada, especialmente desde la perspectiva de costes y beneficios, que se muestra superior incluso a otras técnicas conductuales, como las técnicas aversivas, la relajación y la exposición en vivo. Lo más interesante, sin duda, de este estudio es que un programa terapéutico que implica a un único terapeuta, que dura sólo 1 semana y que no requiere más de 14 horas de tratamiento pueda tener una tasa de éxito global cercana al 66% de los casos tratados al cabo de 5 años de seguimiento. Resulta, sin embargo, cuestionable el hecho de llevarlo a cabo en régimen de internamiento, ya que la sencillez de la intervención terapéutica permite ejecutarla en un ámbito ambulatorio (Echeburúa y Báez, 1994b).

Respecto a la exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos, en el trabajo de Greenberg y Rankin (1982) se reflejan los resultados conseguidos a lo largo de 8 años en una clínica en el tratamiento del juego patológico con técnicas de exposición o de control de estímulos. Los resultados obtenidos fueron modestos. Tras un tratamiento de 6 sesiones, con asistencia irregular, con un 50% de abandonos de la terapia y con un nivel medio de seguimiento no sistemático de 8,5 meses, de los 26 pacientes tratados 5 (el 19%) se mantenían abstinentes y 7 (el 27%) habían mejorado (recaían de forma intermitente), pero 14 (el 54%) seguían jugando de forma descontrolada.

No obstante, este estudio presenta varios problemas metodológicos (Echeburúa y Báez, 1990, 1994b). En primer lugar, y a pesar de que los resultados se presentan de forma unitaria, hubo en realidad dos programas de tratamiento y con dos terapeutas distintos. En un programa se hacía hincapié en el control de estímulos: evitar las rutas "peligrosas", no llevar apenas dinero encima, hacer otras actividades en lugar de jugar, etc. En el otro, el terapeuta acompañaba al paciente en las primeras sesiones en la tarea de exposición al juego, pero sin permitirle jugar, para ir retirándose progresivamente en las sesiones posteriores, a medida que el paciente era capaz de resistir la urgencia de jugar. Se utilizaban como técnicas complementarias para facilitar la resistencia a los impulsos de juego, y a modo de estrategias de autocontrol, estímulos aversivos ligeros (estirar y soltar una goma enrollada en la muñeca) y sensibilización encubierta (imaginación de una consecuencia desastrosa asociada a la

conducta de juego). En ambos programas se solicitaba la participación en la terapia del familiar más allegado.

Y en segundo lugar, la interpretación de los resultados es equívoca. La descripción unitaria del 19% de los casos como el porcentaje de éxito de una terapia combinada de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta puede enmascarar la superioridad de un método sobre otro, puesto que ambos métodos se aplicaron por separado.

En el estudio de Echeburúa *et al.* (1994a) se compara la eficacia diferencial de tres modalidades terapéuticas con el objetivo de la abstinencia del juego: a) tratamiento individual de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta; b) terapia de grupo cognitivo-conductual; y c) una combinación de ambas modalidades terapéuticas. La importancia de este estudio radica en el tamaño de la muestra (64 jugadores), en la homogeneidad del juego (máquinas tragaperras), en la brevedad del tratamiento (6 semanas) y en que por primera vez se utiliza un grupo de control (con una duración de 6 meses) con el que se pueden comparar los resultados de los grupos terapéuticos.

En esta investigación el control de estímulos se refiere fundamentalmente al manejo del dinero y a la evitación de las situaciones o circuitos *de riesgo*. A medida que el tratamiento avanza, se procede a una atenuación gradual del control de estímulos y se da paso a la exposición. Con la exposición gradual en vivo y la prevención de respuesta se fuerza al sujeto a que experimente deseos de jugar y a que aprenda a resistir esos deseos de [illegible] la exposición sistemática a las situaciones de riesgo éstas pierden la potencia inductora de las conductas de juego.

En la terapia de grupo cognitivo-conductual los objetivos fundamentales son los siguientes: reestructurar las distorsiones cognitivas presentes en los jugadores patológicos, 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, buscar soluciones comunes y darse apoyo mutuo.

Por último, en el tratamiento combinado los pacientes reciben los dos tratamientos ya descritos. A diferencia de los sujetos pertenecientes a las dos condiciones experimentales anteriores, los pacientes acuden a la terapia dos veces por semana. Si bien la duración del tratamiento es la misma, el número total de horas es el doble que en el resto de las modalidades.

Un resumen de los resultados obtenidos en esta investigación se exponen en la *tabla 2*.

Tabla 2
Porcentaje de éxitos terapéuticos en los diferentes momentos de evaluación (N=64) (Echeburúa et al., 1994a, 1996)

| Modalidad | Postratamiento | Seguimiento de los 6 meses | Seguimiento de los 12 meses |
|---|---|---|---|
| Control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta | 100% | 75% | 68,8% |
| Terapia de grupo cognitivo-conductual | 100% | 62,5% | 37,5% |
| Tratamiento combinado | 100% | 37,5% | 37,5% |
| Grupo de control | — | 25% | — |

Como se puede observar en la tabla, no existen diferencias significativas entre las tres modalidades terapéuticas al finalizar el tratamiento. Todas ellas son eficaces para detener rápidamente la conducta de juego. No obstante, en el seguimiento realizado a los 6 meses, se comienzan a observar diferencias significativas entre los grupos. En la comparación de los éxitos (abstinencia del juego) con los fracasos (recaída o abandono del tratamiento), el tratamiento individual (75% de abstinencia) es homogéneo al tratamiento grupal (62,5% de abstinencia) y significativamente mejor que el tratamiento combinado (37,5% de abstinencia) y que el grupo de control (25% de abstinencia). Por otra parte, el tratamiento grupal es homogéneo al tratamiento combinado y significativamente mejor que el grupo de control. Por último, entre el tratamiento combinado y el grupo de control no hay diferencias significativas.

En cuanto a las variables dependientes del juego (indicador subjetivo del paciente, valoración del familiar, frecuencia de juego, cantidad de dinero gastada y tiempo dedicado al juego), no existen diferencias significativas entre los grupos terapéuticos a los 6 meses de seguimiento. No obstante, los grupos terapéuticos son significativamente superiores al grupo de control.

Respecto a las medidas psicopatológicas evaluadas (depresión, ansiedad e inadaptación), existen diferencias significativas en la depresión y en la inadaptación, pero no en la ansiedad. 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 es la habida entre el tratamiento individual y el grupo de control.

En el estudio de seguimiento posterior de Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1996) se informa de los datos de esta investigación correspondientes al segui-

miento de los 12 meses. Los resultados se mantienen en la misma dirección que en el control de los 6 meses, con la excepción de que ahora el tratamiento individual (68,8% de abstinencia), además de ser superior al tratamiento combinado (37,5% de abstinencia), es también superior al tratamiento grupal (37,5% de abstinencia). La terapia individual (exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos) se configura, por tanto, como la opción terapéutica más efectiva.

En este estudio la mayor satisfacción con el tratamiento, la mayor antigüedad de la dependencia al juego y el menor nivel de neuroticismo, como variable de personalidad, eran predictores del éxito terapéutico (Báez *et al.*, 1995).

Por otra parte, en los estudios de casos que ponen a prueba las técnicas de exposición junto con el control de estímulos en el tratamiento del juego patológico, los resultados son igualmente satisfactorios (Arribas y Martínez, 1991; Báez y Echeburúa, 1995).

En el estudio de Arribas y Martínez (1991) se utilizaron técnicas de autoexposición con prevención de respuesta junto con control de estímulos en el tratamiento de cuatro casos de juego patológico (tres de bingo y uno de máquinas tragaperras). La media de sesiones de terapia fue de 13, y en ninguno de los casos se produjeron episodios de recaída en el seguimiento efectuado a los 3 y 6 meses.

El control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta resultan también efectivos en el estudio de caso de Báez y Echeburúa (1995). El programa de tratamiento consistía en 6 sesiones, de una hora de duración y con una [illegible] un adolescente de 19 años, con un problema de adicción a las máquinas tragaperras– dejó de jugar al finalizar el tratamiento. La abstinencia del juego se mantenía en los períodos de seguimiento (1, 3, 6, 12 y 24 meses).

Todo ello hace pensar que el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta constituyen la opción terapéutica más eficaz de la que se dispone actualmente para hacer frente a la ludopatía. Un protocolo concreto de tratamiento, junto con el diario de sesiones, puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

## La prevención de recaídas

La prevención de las recaídas constituye un importante reto para el tratamiento de las conductas adictivas. Si bien con algunos tratamientos se pueden conseguir altas tasas de abstinencia en pacientes adictos, se observa que, una vez finalizado el tratamiento, y a medida que pasa el tiempo, un alto porcentaje de sujetos recaen en su adicción. Este hecho ha llevado a que en los últimos años se hayan desarrollado numerosas investigaciones con el objetivo de estudiar el fenómeno de la recaída, así como el desarrollo de posibles estrategias de intervención.

No obstante, este aumento de los estudios sobre las recaídas se ha limitado casi de forma exclusiva a las adicciones químicas, especialmente al alcoholismo (Donovan e Ito, 1988; Ito, Donovan y Hall, 1988) y al tabaquismo (Carmody, 1992; Minneker, Unland y Buchkremer, 1992). Sólo en los últimos años se ha comenzado a estu-

diar el fenómeno de la recaída en otro tipo de conductas, como la obesidad (Baum, Clark y Sandler, 1991), la bulimia (Mines y Merril, 1987), las ofensas sexuales (Hudson, Ward y Marshall, 1992; Laws, 1989; Neidigh, 1991) y el juego patológico (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Sharpe, 1997).

Se han propuesto diferentes modelos explicativos del proceso de recaída (Brownell, 1986; Gorski y Miller, 1979; Litman, Eiser y Taylor, 1979; Prochaska y DiClemente, 1983). No obstante, el modelo cognitivo-conductual propuesto por Marlatt y Gordon (1980, 1985) es el que goza de un mayor respaldo empírico.

El común denominador en los procesos de recaída en las diferentes conductas adictivas es la exposición a una situación de alto riesgo sin la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento adecuadas (Echeburúa, 1993).

Marlatt y Gordon (1985), en un análisis de las situaciones que provocan recaídas en alcohólicos, fumadores, heroinómanos, jugadores patológicos y obesos, observaron que aproximadamente los dos tercios de todas las recaídas tienen lugar en los tres primeros meses después de haber finalizado el tratamiento. Además, el proceso de recaída, independientemente del problema particular implicado, aparece frecuentemente asociado a las mismas tres situaciones de alto riesgo: *estados emocionales negativos*, *conflictos interpersonales* y *presión social* (*tabla 3*) (Echeburúa y Corral, 1986; Marlatt y Gordon, 1985). Estos datos apoyan la existencia de elementos comunes subyacentes en todas las conductas adictivas y, por tanto, la consideración del mecanismo de recaída como una entidad conductual en sí misma (Echeburúa, 1993).

Tabla 3
Análisis de las situaciones que provocan recaídas en alcohólicos, fumadores, heroinómanos, jugadores y obesos (Marlatt y Gordon, 1985)

| Situación de la recaída | Alcohólicos (N=70) | Fumadores (N=64) | Heroinómanos (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% |

Los estados emocionales negativos constituyen el principal factor asociado a la recaída en los jugadores patológicos. Así, mientras que en las adicciones en general el 35% de las recaídas se asocian con un estado emocional negativo, en el caso del juego patológico el porcentaje de recaídas debidas a un estado emocional negativo aumenta al 47% (Brown, 1989).

Según el modelo de Marlatt y Gordon (1985) (*figura 1*), si ante una situación de alto riesgo el individuo puede realizar una respuesta adecuada de afrontamiento, la probabilidad de recaída disminuye de forma significativa. La explicación radica en que, cuando el sujeto afronta de forma satisfactoria la situación, experimenta una sensación de dominio o una percepción de control. El dominio de una situación problemática se asocia, a su vez, con la expectativa de ser capaz de afrontar con satisfacción el próximo acontecimiento desafiante, lo que se relaciona con un aumento de la percepción de autoeficacia. A medida que aumenta la duración de la abstinencia y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de alto riesgo, la percepción de control se incrementa de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuye (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

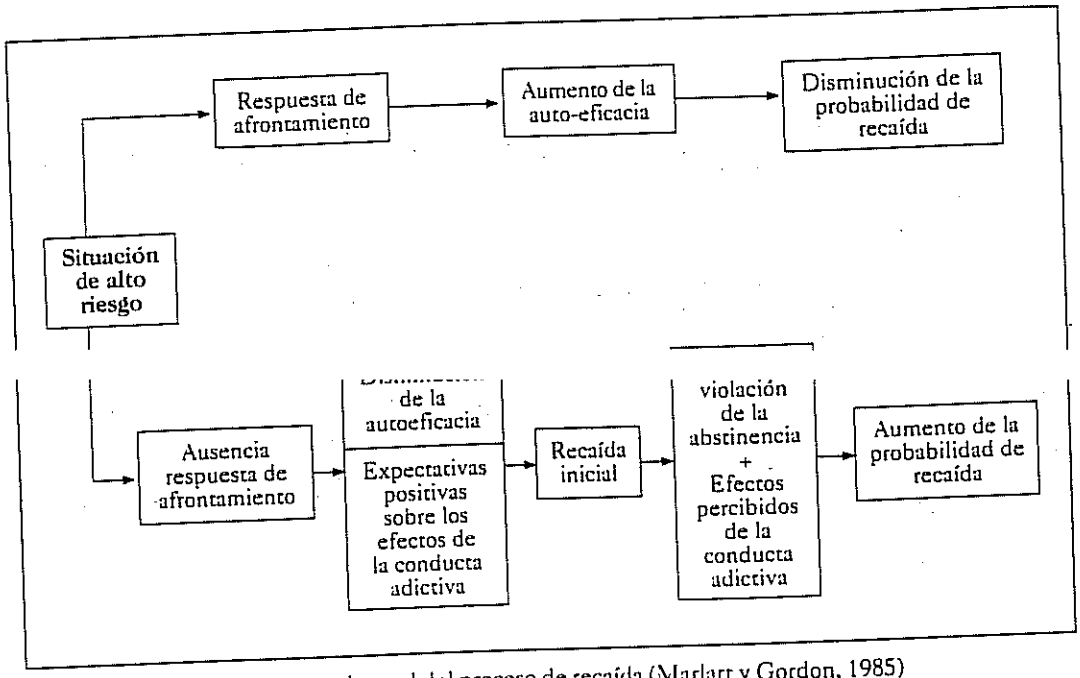


Figura 1: Modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída (Marlatt y Gordon, 1985)

Si, por el contrario, el individuo no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumenta (Marlatt y Gordon, 1985). Son varias las razones que pueden influir en la recaída inicial. Es posible que el sujeto no haya adquirido nunca las habilidades de afrontamiento necesarias o que las respuestas apropiadas estén inhibidas por el miedo o la ansiedad. Por otra parte, es posible que el sujeto no sepa reconocer las situaciones de alto riesgo e identificarlas como peligrosas y, por tanto, no responda adecuadamente antes de que sea demasiado tarde. Asimismo, los déficits de motivación también minan las estrategias de afrontamiento.

Según Marlatt y Gordon (1985), a medida que disminuye la percepción de autoeficacia en las situaciones de alto riesgo, las expectativas de afrontar satisfactoriamente la próxima situación problemática también disminuyen. La probabilidad de

recaída aumenta también si el individuo tiene unas expectativas positivas sobre los efectos de la conducta adictiva. Con frecuencia el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de su conducta (una anticipación fundamentada en experiencias anteriores), mientras ignora o no presta atención a las consecuencias negativas involucradas a más largo plazo. Todo ello facilita la recaída inicial.

Un aspecto común en los procesos de recaída en las diferentes conductas adictivas es la pérdida de control subsiguiente al primer episodio de recaída. Frecuentemente, tras el primer episodio de recaída, los sujetos suelen regresar rápidamente a los estadios iniciales de adicción, superando en muchos casos incluso el nivel previo. Para explicar este fenómeno se ha propuesto la existencia de un mecanismo cognitivo denominado *efecto de violación de la abstinencia (EVA)* (Curry, Gordon y Marlatt, 1987; Marlatt y Gordon, 1985). Este efecto consta, a su vez, de dos elementos cognitivos básicos:

### *La disonancia cognitiva* (Festinger, 1964)

La ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva de uno mismo como abstinente. El primer consumo de una sustancia psicoactiva o el primer dinero invertido en el juego que sigue a un período de abstinencia suscita un estado emocional negativo de conflicto o culpa que puede reducirse por la repetición reiterada de la conducta adictiva (recuérdese el efecto ansiolítico y antidepresivo de muchas drogas y del juego patológico) y por una reestructuración cognitiva de la autoimagen en consonancia con la recaída (por ejemplo: *"soy un desastre"*, *"ya, de perdidos, al río"*, *"no tengo solución"*, etc.) (Echeburúa, 1993).

### *Las atribuciones de causalidad interna* (Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Valins y Weiner, 1972)

Los sujetos tienden a atribuir la recaída a una debilidad interna (por ejemplo, a la falta de "fuerza de voluntad" o a la insuficiente "capacidad de control" sobre las propias conductas). Esta atribución de inhabilidad personal reduce, en consecuencia, la resistencia a "tentaciones" posteriores (Edwards, 1986), de donde deriva la pérdida de control.

Los efectos sumatorios de ambas reacciones aumentan la probabilidad de tener nuevas recaídas y de llegar, por tanto, a la pérdida de control. La intensidad del efecto de violación de la abstinencia depende de varios factores, tales como la duración del período de abstinencia (cuanto más largo, mayor es el efecto), el grado de compromiso personal o público (y el esfuerzo realizado) para mantener la abstinencia y la importancia de la conducta para el sujeto (Echeburúa y Corral, 1986; Marlatt, 1993).

## Evaluación de la probabilidad de sufrir una recaída

Las principales razones que provocan la recaída en diferentes conductas adictivas son: la presión social, los estados emocionales negativos y los conflictos interperso-

nales. No obstante, algunos pacientes son capaces de afrontar perfectamente algunas de estas situaciones y, sin embargo, presentan problemas ante otro tipo de estímulos. Por ello, si bien es fundamental la intervención en todos estos aspectos, resulta necesario evaluar e identificar qué situaciones concretas son peligrosas para cada paciente, así como la percepción subjetiva que el sujeto tiene respecto a su capacidad para afrontarlas.

En este sentido, se han desarrollado dos instrumentos de evaluación que son muy útiles para identificar las posibles situaciones precipitantes de la recaída y la capacidad subjetiva para afrontar cada una de ellas.

El *Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento en el Juego Patológico* (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997) consta de 19 ítems que responden a diferentes situaciones de alto riesgo para la recaída. En la primera parte de cada ítem, el paciente debe señalar el nivel de peligrosidad de cada situación concreta con 4 posibilidades de respuesta (*"muy peligrosa"*, *"bastante peligrosa"*, *"poco peligrosa"* o *"nada peligrosa"*). En la segunda parte, el sujeto debe indicar la estrategia de afrontamiento que ha utilizado cuando se ha enfrentado con dicha situación.

El *Registro de Situaciones de Alto Riesgo para la Recaída* (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997) se utiliza a lo largo del entrenamiento en prevención de recaídas. Este registro permite al terapeuta conocer si el paciente es capaz de identificar situaciones de alto riesgo para la recaída y si es capaz de poner a prueba las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la terapia. Asimismo permite al sujeto

## Intervención para la prevención de las recaídas

El modelo de Marlatt y Gordon (1985) para la intervención en prevención de recaídas se ha utilizado principalmente en el campo del alcoholismo. En la actualidad no existe ninguna investigación sobre la eficacia de la prevención de recaídas en el tratamiento de los jugadores patológicos. No obstante, parece adecuada su aplicación en este ámbito. En algunos estudios se ha conseguido un 100% de abstinencia en el postratamiento (Echeburúa *et al.*, 1994a), pero se desconoce todavía cómo mantener los resultados a largo plazo. Los puntos de intervención propuestos por dicho modelo son los siguientes (*figura 2*):

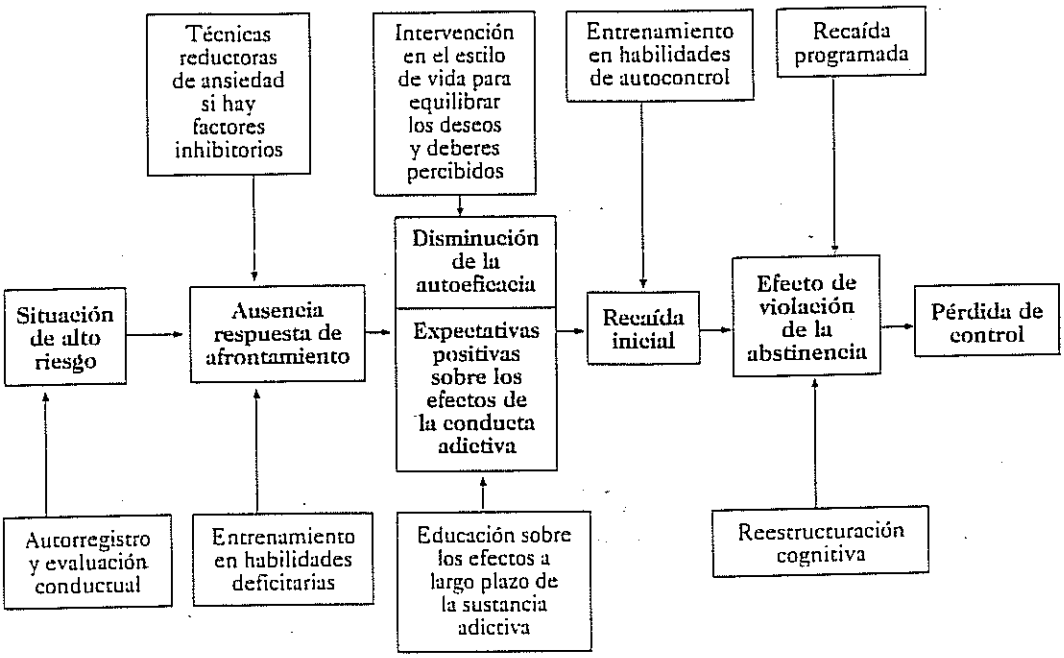


Figura 2. Puntos de intervención para la prevención de la recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

## Identificación de las situaciones de alto riesgo

Prevenir la recaída implica, en primer lugar, entrenar al paciente en reconocer las situaciones específicas de alto riesgo que van a aumentar la probabilidad de recaída. Para ello, se utilizan principalmente los autorregistros y los cuestionarios sobre posibles situaciones precipitantes de la recaída. Sólo en la medida en que el paciente sea consciente de qué situaciones son peligrosas, podrá enfrentarse a ellas de forma adecuada.

## Respuestas de enfrentamiento a situaciones problemáticas

Otro aspecto importante consiste en enseñar a los sujetos las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo, en caso de que no dispongan de ellas en su repertorio conductual. Si el sujeto cuenta con dichas habilidades, pero no las utiliza debido a la existencia de mecanismos inhibitorios, habrá que actuar sobre dichos mecanismos.

El contenido del programa de entrenamiento en habilidades es variable y dependerá de las necesidades de cada individuo. Las posibles áreas de actuación incluyen asertividad, control del estrés, entrenamiento en relajación, control de la ira, habilidades de comunicación, habilidades de solución de problemas y habilidades sociales generales.

## Cambio de expectativas sobre las consecuencias de las conductas adictivas

Esta parte del programa implica la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo de las conductas adictivas. Esta fase se hace necesaria debido a que muchos sujetos tienen expectativas positivas sesgadas, basadas en el recuerdo selectivo de experiencias pasadas, acerca de los efectos a corto plazo de las conductas adictivas. Desde una perspectiva de costes y beneficios, una recaída puede entenderse como la obtención de una gratificación inmediata, independientemente de que los resultados a medio y largo plazo vayan a ser muy negativos.

Por otra parte, es importante también tener en cuenta la diferencia existente entre las expectativas originales para dejar la adicción y las que se activan en el momento en que aparece la tentación (Hodgson, 1993). De hecho, según se observa en la práctica clínica y aparece en el estudio de Fernández-Montalvo *et al.* (1996), los jugadores, cuando surgen las primeras dificultades, tienden, por una parte, a olvidar las motivaciones iniciales para dejar jugar y, por otra, a sobreestimar las consecuencias positivas a corto plazo del juego, mientras que olvidan o subestiman las negativas.

En este modelo de intervención resulta importante la utilización de las técnicas de exposición. Una vez que el jugador (o adicto en general) ha logrado identificar las situaciones de alto riesgo y ha aprendido una serie de estrategias de afrontamiento, [illegible] las mencionadas estrategias en una situación tentadora y no únicamente en la paz y quietud del despacho [illegible] este modo, la exposición continua a los indicios de riesgo y la resistencia continua a los mismos acaban por eliminar la potencia de dichos indicios y contribuyen a reducir las expectativas erróneas.

Si un sujeto sólo evita el peligro, quizá logre una recuperación *objetiva* (no jugar), pero puede experimentar aún cierto grado de intranquilidad *subjetiva*. La recuperación total (objetiva y subjetiva) sólo se produce cuando el sujeto se expone, en una fase avanzada del tratamiento, a los indicios de riesgo de forma regular y no tiene dificultades para resistirse al juego (Echeburúa, 1993). El cambio de las expectativas de eficacia personal, más que la extinción, puede ser la clave de la eficacia terapéutica de las técnicas de exposición en el tratamiento de las conductas adictivas (Laberg, 1990). A su vez, la generación de expectativas de autoeficacia sobre el control de las conductas adictivas correlaciona altamente con las conductas futuras de abstinencia (Solomon y Annis, 1989).

Un aspecto importante que se debe tener en cuenta es que el individuo puede fracasar en el empleo eficaz de estas estrategias de afrontamiento y experimentar un fallo. En este punto el objetivo principal de la prevención de recaídas es capacitar al individuo para que pueda interpretar el fallo como un acontecimiento único, un error. El método fundamental de intervención para ello es la utilización de la reestructuración cognitiva para contrarrestar los componentes cognitivos y afectivos del *efecto de violación de la abstinencia (EVA)*. Si, por el contrario, el individuo entiende el fallo como un fracaso irresistible y sucumbe al conflicto, a la culpa y a las atribuciones personales que caracterizan al *EVA*, existen más probabilidades de que se pro-

duzca una recaída absoluta. Una técnica útil en estos casos es que el sujeto lleve en el bolsillo o en la cartera una tarjeta recordatoria con instrucciones para leer y seguir en el caso de que se produzca el fallo. El texto de esta tarjeta debería incluir el nombre y número de teléfono del terapeuta o del centro de tratamiento para que pudiera llamar, así como un antídoto contra el *EVA* en forma de reestructuración cognitiva (Marlatt, 1993). Un modelo de este tipo de tarjeta figura en la *tabla 4*.

Tabla 4
**¿Qué hacer si tiene una caída en el juego?**
**(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)**

1. Deténgase después de haber jugado por primera vez. Tómese media hora para considerar la siguiente información.
2. Una simple caída no es del todo inusual, pero ello no quiere decir que usted necesariamente haya vuelto a las andadas o que haya perdido de nuevo el control sobre el juego.
3. Probablemente se está usted sintiendo culpable, o con alguna sensación de malestar, por lo que ha hecho. No se preocupe. Esta sensación era esperable y forma parte del efecto de violación de la abstinencia. No hay ninguna razón por la que tenga que rendirse ante esta sensación y seguir jugando. Este sentimiento le irá desapareciendo en breve.
4. Considere la caída como una experiencia de aprendizaje. ¿Cuáles han sido los elementos de la situación de alto riesgo que le han llevado a la caída? ¿Qué tipo de respuestas pudo haber utilizado para hacer frente a esa situación? ¿Puede usted recurrir a esa respuesta adecuada todavía?
5. Si se encuentra aún con dificultades para resistir a la tentación de jugar, llame a su terapeuta:

   Nombre: Número de teléfono:
6. Recuerde: una simple caída no significa necesariamente la pérdida de control.

Por otra parte, además de dotar al paciente de un conjunto de habilidades específicas, según sean los déficits que presente a la hora de hacer frente a las situaciones de alto riesgo, el terapeuta debe prestar atención al estilo de vida global del paciente (Echeburúa, 1993; Marlatt, 1993). En este sentido, es muy frecuente observar que, cuando los pacientes están sin jugar, no saben en qué ocupar las horas libres y les surgen, además, sentimientos de culpa por su conducta anterior. En ese momento es importante prevenir que el paciente no realice otras conductas adictivas, como por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol. Por ello, es básico ofrecerle actividades alternativas a las que dedicar el tiempo que invertía en el juego. La apatía facilita que añore el juego y que se deprima. Por tanto, necesita cosas que le llamen la atención. Se trata, en último término, de restablecer el equilibrio del paciente mediante la dedicación de un cierto tiempo diario a la práctica de actividades gratificantes.

## Conclusiones

El establecimiento de los criterios para el diagnóstico del juego patológico ha permitido un mayor reconocimiento de este cuadro clínico y ha fomentado a su vez nuevas modalidades terapéuticas. A partir de su inclusión como un trastorno del control de los impulsos en el DSM-III (APA, 1980) y en las ediciones posteriores, DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1994), la investigación sobre diferentes aspectos del juego patológico ha crecido de forma vertiginosa. A pesar de ello, en la actualidad no existen suficientes investigaciones que permitan concluir que un determinado tratamiento es el más adecuado. Lo que sí está claro es que el juego representa un serio problema social con graves repercusiones a nivel de la salud mental, vida familiar, vida social y ámbito judicial.

La clasificación del juego patológico dista de estar clara. Mientras que las dos nosologías psiquiátricas más importantes, DSM-IV (APA, 1994) e ICD-10 (OMS, 1992), lo clasifican como un trastorno del control de los impulsos, la mayor parte de los investigadores lo conciben como una adicción (no tóxica), al igual que el alcoholismo, el tabaquismo y otras drogodependencias (González, 1989; Rodríguez-Martos, 1989).

El juego patológico se halla, asimismo, íntimamente relacionado con el alcoholismo y el abuso de alcohol. El alcoholismo está presente en la historia familiar del adicto al juego, en la historia premórbida de la ludopatía, como factor de riesgo asociado a las crisis resultantes del juego, y en su posible aparición tras la recuperación. Por ello, se ha propuesto [illegible] cialmente adictivos debería ser realizada ante cualquier paciente portador de una dependencia (Rodríguez-Martos, 1989).

Los estudios epidemiológicos, si bien son escasos, revelan una alta incidencia de la ludopatía. En los estudios más recientes se presentan resultados preocupantes, pues se observa en ellos una tendencia a aumentar las tasas de incidencia. Este aumento se produce principalmente en la población adolescente. Estas cifras tan elevadas exigen la implantación de medidas urgentes y eficaces para tratar de controlar esta *nueva adicción* que a diario acarrea sufrimiento tanto para el jugador, como a su familia, amigos y sociedad en general.

En la actualidad, los principios para el tratamiento efectivo del juego patológico están más basados en la inferencia y en la teoría, que en los resultados de estudios de tratamientos. La evaluación controlada de los tratamientos del juego patológico es una importante tarea para la futura investigación.

En este sentido, un tratamiento que parece prometedor es la exposición en vivo con previo control de estímulos. Si bien algunos trabajos publicados sobre dicha técnica adolecen de diversas limitaciones metodológicas (Echeburúa y Báez, 1994b), las investigaciones controladas (*cfr.* Echeburúa *et al.*, 1994a, 1996) y los estudios de casos (Arribas y Martínez, 1991; Báez y Echeburúa, 1995) ofrecen resultados esperanzadores. Asimismo, los estudios sobre desensibilización imaginada ofrecen buenos resultados (McConaghy *et al.*, 1983, 1988). Sin embargo, la desensibilización imaginada puede considerarse como una forma de exposición en imaginación, en el sentido de que los jugadores se exponen de forma imaginaria a las situaciones que

les impulsan a jugar, pero sin culminar la conducta de juego. Por tanto, igual que se ha demostrado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, puede suponerse que la exposición en vivo será mas efectiva que la exposición en imaginación (en este caso desensibilización imaginada) para el tratamiento del juego patológico.

Si bien en la actualidad no se conoce el tratamiento ideal para eliminar la dependencia al juego, un alto porcentaje de los jugadores que consiguen la abstinencia al finalizar el tratamiento recaen con el paso del tiempo. Por este motivo, resulta necesario emprender nuevas investigaciones sobre prevención de recaídas que permitan lograr que los resultados obtenidos en el tratamiento se mantengan a lo largo del tiempo. Precisamente, una linea actual de investigación de los autores de este artículo es comparar la eficacia de diversas modalidades de intervención en prevención de recaídas.

## Referencias bibliográficas

ALLCOCK, C.C. (1986). *Pathological gambling. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed.), Washington, DC: APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed. rev.), Washington, DC: APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th. ed.), Washington, DC: APA.

ARRIBAS, M.P. y MARTÍNEZ, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 255-269.

BÁEZ, C. y ECHEBURÚA, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 125-145.

BÁEZ, C., ECHEBURÚA, E. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305.

BÁEZ, C., ECHEBURÚA, E. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 5-22.

BANNISTER, G. (1977). Cognitive and behaviour therapy in a case of compulsive gambling. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 227-237.

BARKER, J.C. y MILLER, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 146, 285-302.

BAUM, J.G., CLARK, H.B. y SANDLER, J. (1991). Preventing relapse in obesity through posttreatment maintenance systems. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 287-302.

BECOÑA, E. (1991). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Meeting of the Society for the Study of Gambling*. Londres, noviembre.

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

BECOÑA, E. y FUENTES, M.J. (1994). *El juego patológico en Galicia evaluado con el South Oaks Gambling Screen*. Comunicación presentada en el "23rd. International Congress of Applied Psychology". Madrid, julio.

BLASZCZYNSKI, A.P. (1985). A winning bet: Treatment for compulsive gambling. *Psychology Today*, December, 38-46.

BROWN, R.I.F. (1989). Relapses from a gambling perspective. En M. Gossop. *Relapse and addictive behaviour*. New York: Routdge.

BROWNELL, K.D. (1986). Public Health approaches to obesity and its management. *Annual Review of Public Health*, 7, 521-533.

CARMODY, T.P. (1992). Preventing relapse in the treatment of nicotine addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24, 131-158.

CAYUELA, R. (1990). Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects. *Eight International Conference on Risk and Gambling*. Londres.

CURRY, S.G., GORDON, J.R. y MARLATT, G.A. (1987). Abstinence violation effect: [illegible] gambling cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 145-149.

DICKERSON, M. (1990). *Problem gambling: a self-help manual for controlling o stopping the amount you spend on gambling*. Department of Psychology. Australian National University. (manuscrito no publicado).

DONOVAN, D.M. e ITO, J.R. (1988). Cognitive behavioral relapse prevention strategies and aftercare in alcoholism rehabilitation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2, 74-81.

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

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

ECHEBURÚA, E. y BÁEZ, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

ECHEBURÚA, E. y BÁEZ, C. (1994b). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

ECHEBURÚA, E., BÁEZ, C. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 617-643.

ECHEBURÚA, E., BÁEZ, C. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y PÁEZ, D. (1994b). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.

ECHEBURÚA, E., BÁEZ, C. y FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.

ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P. (1986). Prevención de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, 16-24.

ECHEBURÚA, E. y CORRAL, P.. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.

EDWARDS, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. Mexico: Trillas.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., BÁEZ, C. y ECHEBURÚA, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y ECHEBURÚA, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., ECHEBURÚA, E. y BÁEZ, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): un nuevo instrumento de "*screening*". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 211-223.

FESTINGER, L. (1964). *Conflict, Decission and Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

GONZÁLEZ, A. (1989). *Juego Patológico: Una Nueva Adicción*. Madrid: Tibidabo.

GORSKI, T.T. y MILLER, M. (1979). *Conselling for relapse prevention*. Hazelt Crest, Illinois. Alcoholism Systems Associates.

GREENBERG, D. y RANKIN, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.

HODGSON, R.J. (1993). Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.

HOLLANDER, E., FRENKEL, M., DECARIA, C., TRUNGOLD, S. y STEIN, D.J. (1992). Treatment of pathological gambling with clomipramine. *American Journal of Psychiatry*, 149, 710-711.

HUDSON, S.M., WARD, T. y MARSHALL, W.L. (1992). The abstinence violation effect in sex offenders: A reformulation. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 435-441.

IRURITA, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla. Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.

ITO, J.R., DONOVAN, D.M. y HALL, J.J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: Effects on drinking outcome, change process and aftercare attendance. *British Journal of Addictions*, 83, 171-181.

JONES, E.E., KANOUSE, D.E., KELLEY, H.H., NISBETT, R.E., VALINS, S. y WIENER, L. (Eds.) (1972). *Attribution: Perceiving the Causes of Behaviors*. Morristown, N.J. General Learning Press.

LABERG, J.C. (1990). What is presented, and what prevented, in cue exposure and response prevention with alcohol dependent subjets?. *Addictive Behaviors*, 15, 367-386.

LADOUCEUR, R., MAYRAND, M., DUSSAULT, R., LETARTE, A. y TREMBLAY, J. (1984). Illusion of control: effects of participation and involvement. *The Journal of Psychology*, 117, 47-52.

LAWS, D.R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York. Guilford Press.

LEARY, K. y DICKERSON, M. (1985). Levels of arousal in high and low-frequency gamblers. *Behavior Research and Therapy*, 23, 635-640.

LEGARDA, J.J., BABIO, R. y ABREU, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.

LESIEUR, H.R. 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, 1184-1188.

LESIEUR, H.R. y BLUME, S.B. (1990). [illegible] tified among patients on a psychiatric admissions service. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1009-1012.

LESIEUR, H.R. y BLUME, S.B. (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addictions*, 86, 1017-1028.

LESIEUR, H.R., BLUME, S.B. y ZOPPA, R.M. (1986). Alcoholism, drug abuse and gambling. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10, 33-38.

LESIEUR, H.R. y HEINEMAN, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addictions*, 83, 765-771.

LITMAN, G.K., EISER, J.R. y TAYLOR, C. (1979). Dependence, relapse and extintion: A theoretical critique and behavioral examination. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 192-199.

LORENZ, V.C. y YAFFEE, R.A. (1988). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.

MARLATT, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.

MARLATT, G.A. y GORDON, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.). *Behavioral Medicine: Changing health life-styles*. Elmsford, New York: Pergamon.

MARLATT, G.A. y GORDON, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.

McCONAGHY, N. (1982). Agoraphobia, compulsive behaviours and behaviour completion mechanisms. *Australian and Nueva Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 170-179.

McCONAGHY, N., ARMSTRONG, M.S., BLASZCZYNSKI, A. y ALLCOCK, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.

McCONAGHY, N., ARMSTRONG, M.S., BLASZCZYNSKI, A. y ALLCOCK, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. *Behavior Modification*, 12, 371-384.

McCONAGHY, N., BLASZCZYNSKI, A. y FRANKOVA, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two-to nine-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.

McCORMICK, R.A., RUSSO, A., RAMIREZ, L. y TABER, J. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.

MINES, R.A. y MERRIL, C.A. (1987). Bulimia: Cognitive-behavioral treatment and relapse prevention. *Journal of Couseling and Development*, 65, 565-564.

MINNEKER, E., UNLAND, H. y BUCHKREMER, G. (1992). Behavioral relapse prevention strategies in smoking cessation. *International Journal of the Addictions*, 27, 627-634.

NEIDIGH, L. (1991). Implication of a relapse prevention model for the treatment of sexual offenders. *Journal of Addictions and Offender Couseling*, 11, 42-50.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). *CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

PROCHASKA, J.O. y DICLEMENTE, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of somoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

RAMÍREZ, L.F., McCORMICK, R.A., RUSSO, A.M. y TABER, J.L. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviors*, 8, 425-428.

ROBERT, C. y BOTELLA, C. (1995). Trastornos del control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid. McGraw-Hill, vol. 1°.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al Programa DROSS. *Revista Española de Drogodependencias*, 14, 265-275.

SAIZ-RUIZ, J., MORENO, I. y LÓPEZ-IBOR, J.J. (1992). Ludopatía: Estudio clínico y terapéutico-evolutivo de un grupo de jugadores patológicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 20, 189-197.

SEAGER, C.P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553.

SHARPE, L. (1997). Juego patológico. En V.E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol.1). Madrid. Siglo XXI.

SOLOMON, K.E. y ANNIS, H.M. (1989). Development of a scale to measure outcome expectancy in alcoholics. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 409-422.

TABER, J., MCCORMICK, R., RUSSO, A., ADKINS, B. y RAMÍREZ, L. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, 757-761.

TURÓN, J.V., SALGADO, P., GONZÁLEZ, A. y VICENTE, P. (1990). *Tratamiento farmacológico del juego patológico*. Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (Córdoba), 368-375.

VICTOR, R. y KRUG, C. (1967). Paradoxical intention in the treatment of compulsive gambling. *American Journal of Psychotherapy*, 21, 808-814.

VOLBERG, R.A. y STEADMAN, H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.

RESUMEN

En este artículo se hace una revisión sobre las características fundamentales del juego patológico. Se describen los instrumentos de evaluación disponibles en la actualidad, así como los programas de tratamiento de mayor utilidad. Por último, se analiza el problema de las recaídas y se describen los instrumentos de evaluación y los programas de intervención para la prevención de las recaídas.

PALABRAS CLAVE

Juego patológico. Evaluación. Tratamiento. Prevención de recaídas.

SUMMARY

This paper is a review of the present knowledge about pathological gambling. The assessment tools and the treatment programs are described. Relapse following treatment is a major problem for all addictive behaviors. This article provides an overview of several procedures for assessment the process involved in relapse. Finally, a program for relapse prevention is presented.

KEY-WORDS

Pathological gambling. Assessment. Treatment. Relapse prevention.