

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPENDENCIA A MÁQUINAS TRAGAPERRAS: ESTUDIO DE UN CASO CON COMPLICACIONES JUDICIALES

Pedro J. Amor¹
Enrique Echeburúa²

- (1) Doctor en Psicología por la Universidad del País Vasco
(2) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Universidad del País Vasco. España.

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta en un paciente afectado por una ludopatía y con complicaciones judiciales. El paciente, de 40 años, presentaba la dependencia desde hace 2 años, aunque su conducta de juego se remonta a unos 13 años. Su precaria situación económica le llevó a cometer un delito de intento de robo con intimidación. El programa terapéutico consistió en nueve sesiones individuales (6 sesiones de exposición con prevención de respuesta, 1 de apoyo emocional, y 2 sesiones adicionales relacionadas con la prevención de recaídas). Tras más de un año de seguimiento, el paciente había recuperado el autocontrol con respecto al juego, se mantenía abstinentes y, desde

Correspondencia: Pedro J. Amor. Doctor en Psicología por la Universidad del País Vasco
Universidad del País Vasco. España. E-mail: ptbamanp@ss.ehu.es. E. Echeburúa. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad del País Vasco. España. E-mail: ptpodece@ss.ehu.es.

una perspectiva psicopatológica, presentaba una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva y un menor grado de inadaptación a la vida cotidiana. Se comentan las implicaciones de este caso para la práctica clínica y para la articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico, así como posibles líneas futuras de investigación.

Palabras clave: *JUEGO PATOLÓGICO. CONTROL DE ESTÍMULOS. EXPOSICIÓN EN VIVO. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS. TRATAMIENTO.*

SUMMARY

In this paper the treatment with stimulus control, exposure and response prevention of a patient affected by pathological gambling is described. The patient, a 40-years-old man, was suffering from this disorder for two years, although his gambling behavior was initiated 13 years ago. The poor economic situation of the patient made him be involved in an attempted armed robbery. The treatment consisted of nine individual sessions (six sessions of stimulus control and exposure with response prevention, one session of emotional support, and additionally two sessions related to relapse prevention). At the end of one year follow-up, the patient recovered his self-control and was abstinent from gambling. From a psychopathological point of view, there was a decrease of depression and anxiety, as well as of inadaptation to daily life. The implications of this case for clinical practice and for combination of penal intervention with psychological treatment and for future research are commented upon.

Key-words: *PATHOLOGICAL GAMBLING. STIMULUS CONTROL. EXPOSURE. RELAPSE PREVENTION. TREATMENT.*

INTRODUCCIÓN

La ludopatía es un cuadro clínico 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 y el trastorno explosivo intermitente. Las características generales de estos trastornos son las siguientes: 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. Pero, además, el juego patológico responde, en buena medida, al perfil clínico de una adicción sin drogas (Becoña, 1996; Echeburúa, 1999; González, 1989).

En concreto, el ludópata es una persona que ha experimentado una pérdida de control o que carece de habilidades para dejar de jugar. El resultado es un juego descontrolado que responde a las siguientes pautas de conducta: a) una frecuencia de la conducta de juego y una inversión en tiempo y dinero extraordinariamente altas, que son un reflejo de la dependencia existente; b) la apuesta de una cantidad de dinero superior a la planeada; c) los pensamientos recurrentes sobre el juego cuando el sujeto lleva a cabo sus actividades cotidianas; y d) el deseo compulsivo de jugar, incluso cuando ha perdido. La necesidad subjetiva de apostar para recuperar el dinero perdido, así como el fracaso reiterado en el intento de resistir el impulso, son características distintivas del juego patológico. Asimismo, desde una perspectiva cognitiva, el optimismo irracional y el pensamiento supersticioso son distorsiones cognitivas presentes en los ludópatas. El resultado de todo ello es una interferencia negativa grave en la vida cotidiana del sujeto, a nivel personal, familiar y laboral (Echeburúa, 1992; Robert y Botella, 1995).

La ludopatía es el resultado final de un proceso escalonado, que parte del *jugador social* y termina en el *jugador patológico*. El sujeto comienza jugando esporádicamente pequeñas cantidades de dinero y en un contexto grupal. Más tarde, la conducta de juego se hace cada vez más frecuente, al mismo tiempo que aumentan el gasto de dinero y el tiempo invertido en las apuestas. Este incremento en la dedicación al juego termina por producir en el paciente un empobrecimiento de las aficiones, una pérdida de las relaciones sociales habituales y dificultades económicas. Por último, el intento por recuperar el dinero perdido lleva al sujeto a la dependencia y al descontrol (Prieto, 1999; Secades y Vila, 1998).

Como ocurre también en el resto de los trastornos adictivos, el impacto del juego patológico va más allá del paciente. En concreto, la familia, los amigos y el ambiente laboral están profundamente afectados por la problemática del juego del sujeto (McCormick y Ramírez, 1988; Sharpe, 1997).

La tasa de prevalencia de la ludopatía oscila, con criterios conservadores, entre el 2% y el 3% de la población adulta (Allcock, 1986; Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1992; Volberg y Steadman, 1988). El trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por el mecanismo de negación, que es especialmente intenso en las mujeres y que deriva, a su vez, de la censura social existente. A diferencia de otros trastornos adictivos, este cuadro clínico 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).

Además de los ludópatas propiamente dichos, existe otro elevado porcentaje adicional de *jugadores problemáticos* (Labrador y Becoña, 1994; Ochoa, Labrador, Echeburúa, Becoña y Vallejo, 1994) que están en alto riesgo de convertirse en ludópatas. Estos jugadores se caracterizan por llevar a cabo una conducta de juego frecuente, con un gasto excesivo de tiempo y de dinero que, en alguna ocasión, les puede acarrear complicaciones, pero sin llegar a la gravedad de los problemas que tienen los jugadores patológicos.

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). Este hecho no es fruto de la casualidad, sino que obedece a la difusión y a la accesibilidad social de estas máquinas, así como a una serie de aspectos psicológicos implicados en su funcionamiento (Echeburúa, 1992, 1994; Echeburúa, Amor y Yuste, 2000a).

Por otra parte, los estudios realizados hasta la fecha ponen de manifiesto la existencia de una relación estrecha de la ludopatía con

la comisión de delitos (Blaszczynski y Silove, 1996; Yeoman y Griffiths, 1996), así como con un bajo nivel de conductas prosociales (McCormick, Taber, Kruedelbach y Russo, 1987). La característica distintiva es que los sujetos no tienen, habitualmente, una historia previa de delitos ni siquiera de transgresión de las normas morales establecidas. En las primeras fases de la adicción, los delitos están relacionados con sustracciones de dinero, en el medio familiar o laboral, pero con mala conciencia y con la intención, a diferencia de otros delincuentes, de restituir lo obtenido fraudulentamente *en cuanto puedan hacer frente a las deudas contraídas*. Esta mala conciencia genera un grado de abatimiento al que se hace frente jugando, con lo cual se crea un círculo vicioso del que es difícil salir.

A medida que la adicción se consolida y las deudas adquieren un mayor volumen, el jugador se muestra incapaz de regular su conducta con arreglo a sus propios principios morales y comienza ya a cometer delitos con frialdad y sin muestras claras de arrepentimiento. De este modo, en la familia puede coger dinero o vender joyas o bienes del patrimonio familiar; en la empresa, puede cometer apropiaciones indebidas o realizar operaciones financieras fraudulentas; y en la calle, puede implicarse en estafas o incluso, en los casos más extremos, en hurtos o robos con intimidación (Delgado y Rodríguez-Martos, 1994).

En este artículo se presenta un caso de juego patológico, diagnosticado a partir de los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994), con complicaciones judiciales por un intento de robo con intimidación. Se llevó a cabo una intervención individual, enfocada a la abstinencia total del juego, cuyos principales componentes terapéuticos fueron el control de estímulos y la exposición *en vivo* con prevención de respuesta, que, junto con la terapia cognitiva, han mostrado ser los tratamientos más efectivos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Labrador y Fernández-Alba, 1998; Ladouceur, Sylvain y Boutin, 2000). Además, se incluyeron varias sesiones dirigidas a la prevención de recaídas.

El interés principal de este caso radica en la aplicación del tratamiento de exposición con prevención de respuesta en un caso de ludopatía, así como en la forma concreta en que se llevó a cabo. Además, resulta novedosa la metodología empleada para medir las

ganas de jugar y el estado anímico del paciente a lo largo del tratamiento.

Por último, la presentación de este caso intenta ser una aportación más al ámbito de decisión judicial, en lo que se refiere a las posibilidades ofrecidas por el Código Penal para articular las medidas penales y de tratamiento psicológico en este cuadro clínico. En concreto, si la pena por el delito cometido no es superior a los dos años de prisión (o de tres en los casos de alcoholismo o drogodependencia), los jueces, según los artículos 80.1 y 87, pueden suspender la ejecución de la pena, pero condicionar dicha suspensión, según los artículos 83.1.4 y 87.1, al cumplimiento de unas reglas de conducta, en concreto a la participación del sujeto en un programa de tratamiento psicológico. Asimismo, si la pena es superior a los dos años (o de tres en los casos de toxicomanía), se le puede aplicar al sujeto una eximente incompleta por trastorno mental (artículo 21.1), que, al margen de la atenuación de la pena, puede implicar la adopción de una medida de seguridad, como la sumisión del sujeto a un tratamiento externo psicológico o médico (artículo 105.1) (Echeburúa *et al.*, 2000a).

En definitiva, someter a tratamiento psicológico o médico ambulatorio puede ser una medida judicial muy útil en ludópatas que están especialmente motivados para el tratamiento, que han cometido por primera vez un delito contra el patrimonio (estafa, hurto/robo, falsificación, apropiación indebida, amenazas, etc.), y cuya conducta delictiva está claramente vinculada a su trastorno.

MÉTODO

Sujeto

El paciente es un hombre de 40 años, divorciado, sin hijos, con estudios elementales, que trabaja como policía municipal en un pueblo industrial de la provincia de Guipúzcoa. Tras su separación, hace dos años y medio, vive con sus padres y ha comenzado a salir en los últimos meses con una chica, con la que le va bien y tiene intención de casarse. Pertenece a una familia numerosa de clase media, de la que él es el cuarto de cinco hermanos.

A mediados de abril de 1999 acudió -acompañado por su pareja actual y derivado por los Servicios Sociales- a la Asociación de Ayuda a Ludópatas Ekintza-Dasalud (Rentería, Guipúzcoa). El motivo fue que varias semanas antes estuvo implicado en un intento fallido de robo en un comercio. Por esta razón fue detenido, al día siguiente puesto en libertad provisional y cautelarmente suspendido de empleo y sueldo hasta la resolución judicial del caso. Fue en este momento cuando el paciente reconoció haber actuado así con el fin de resolver la apremiante situación económica en la que se encontraba.

Si bien ganaba un sueldo razonablemente bueno -alrededor de las 200.000 pts. mensuales-, con él no tenía suficiente para pagar sus gastos y hacer frente a la hipoteca del nuevo piso adquirido y, menos aún, para ahorrar para su cercana boda, que iba a celebrarse dentro de seis meses. Al indagar un poco más, se comprobó que estos problemas económicos se explicaban por el elevado gasto que tenía jugando en las máquinas tragaperras, y que en los últimos cinco meses era de una media de 116.000 pts. mensuales (algo más de la mitad de su sueldo) (*figura 1*). Durante los meses de mayor implicación en el juego, el paciente solicitó un préstamo de 500.000 pts. para «*andar más desahogado económicamente*». Esto hizo que su gasto fuera aún mayor, a pesar de sus intentos infructuosos por recuperar el dinero perdido a través del juego, contribuyendo a asfixiar aún más su precaria economía. En esta situación patológica se veían comportamientos y actitudes contradictorios en el paciente. Por una parte, jugaba para recuperar el dinero perdido en las máquinas, pero, por otra, no reparaba en otros gastos innecesarios.

Así, tras estudiar sus últimos extractos bancarios, y a modo de ejemplo de conducta impulsiva torpe, se observó cómo en los dos últimos meses efectuó 22 extracciones de dinero en cajeros automáticos que no correspondían a la entidad bancaria de la que era cliente. Así, gastó por comisiones 6.050 pts. (22 reintegros x 275 pts. de comisión por cada extracción de dinero).

La conducta de juego se remonta a hace 12 o 13 años, cuando comenzó a jugar en las máquinas tragaperras como medio de diversión y dentro de un contexto lúdico y de amigos. Inicialmente solía jugar con parte del cambio recibido de lo que había consumido en un bar, o a escote con otros amigos. Durante aproximadamente 4

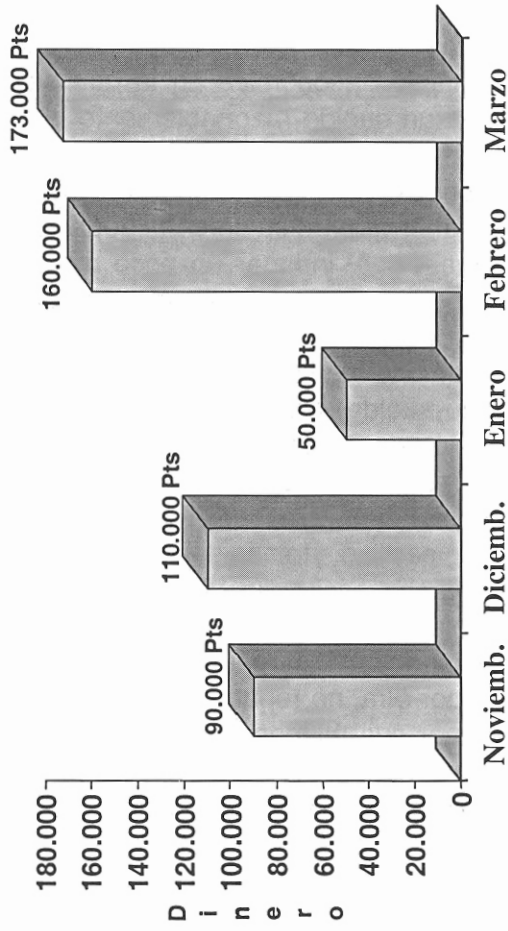


Figura 1.- Cantidades destinadas al juego en los meses anteriores al tratamiento

años su nivel de juego se mantuvo constante, sin representar ningún problema para él. Sin embargo, más adelante comenzó a dedicar más tiempo y dinero a jugar, y a hacerlo con más frecuencia en solitario. En el año 1992 -y mucho antes de casarse- comenzó, todavía de forma esporádica, a tener algunos episodios de descontrol con el juego (invertir más de lo planeado, tener dificultades para dejar de jugar, etc.). A pesar de ello, su economía no se vio sustancialmente resentida, por lo que podía mantener un nivel relativamente alto e intermitente de juego sin que el problema «saltara a la vista».

Sin embargo, en los dos últimos años su nivel de juego ha aumentado considerablemente, así como los episodios de descontrol con el mismo. A pesar de ser una persona abierta, sociable, con muchas aficiones -la música, el deporte, la lectura, etc.-, poco a poco se ha ido aislando socialmente y ha comenzado a dedicar mucho de su tiempo libre a jugar a las máquinas tragaperras. Según su pareja, toda esta situación le ha afectado mucho a su estado de ánimo y a su carácter, que es ahora más voluble e irritable.

Con respecto al historial médico y psicológico del paciente, es el característico de una persona con salud normal, que no ha padecido enfermedad grave ni ha experimentado ninguna intervención quirúrgica. Su desarrollo evolutivo en la infancia y adolescencia ha sido adecuado, con una adaptación normal en la escuela y en las relaciones sociales y con unas relaciones familiares satisfactorias. No ha recibido ningún tratamiento psiquiátrico ni psicológico antes de la aparición de este trastorno, aunque hace dos años estuvo de baja durante un mes por estrés laboral, que remitió espontáneamente sin tratamiento. Consume alcohol dentro de unos límites moderados y no fuma ni toma drogas.

Procedimiento

Antes de comenzar con el tratamiento, se evaluó al paciente en diversas variables relacionadas con el juego, con la personalidad y con diversos aspectos psicopatológicos. La complejidad del caso requirió la necesidad de dos sesiones de evaluación de aproxima-

damente una hora de duración. Asimismo, una vez concluida la intervención, se llevaron a cabo evaluaciones en el postratamiento y en diversos seguimientos (a los 2, 5, 9, 10, 14 y 16 meses). El proceso de evaluación y tratamiento lo llevó a cabo un psicólogo con amplia experiencia clínica.

a) Evaluación

A continuación se describen los instrumentos de evaluación, así como los resultados obtenidos antes de iniciar la intervención. Debido a la complejidad del juego patológico y a sus complicaciones psicopatológicas, se tomaron en cuenta criterios múltiples de evaluación tanto antes del tratamiento como tras su finalización en relación con el cambio conductual.

Instrumentos de evaluación

En la primera sesión de evaluación, el terapeuta elaboró una historia clínica detallada en relación con el problema presentado por medio de la *Entrevista Estructurada de la Conducta de Juego* (Echeburúa y Báez, 1994). También se aplicó el *Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume; validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994), que consta en la versión española de 19 ítems (rango: 0-19 puntos), relacionados, entre otros aspectos, con la conducta de juego, la pérdida de control, las fuentes de obtención del dinero y las emociones implicadas. El punto de corte que discrimina a los jugadores patológicos de los que no lo son se sitúa en 4 puntos. Este instrumento fue empleado sólo en la evaluación pretratamiento, ya que no es una prueba sensible al cambio terapéutico (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1996).

En la segunda sesión se evaluaron las distorsiones cognitivas, así como otros aspectos relacionados con la personalidad y con diferentes aspectos psicopatológicos. Para ello se emplearon los siguientes instrumentos:

- *El Inventario de Pensamientos sobre el Juego* (Echeburúa y Báez, 1994), que consiste en un listado de 27 ítems que están

dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del jugador patológico. La puntuación total de este instrumento oscila entre 0 y 21 puntos. Esta prueba puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

- *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-II)* (Millon, 1999), que consta de 175 ítems distribuidos en 13 escalas referidas a patrones de personalidad (10 básicos y 3 de personalidad patológica). Una puntuación de 75 o más sugiere que los síntomas relacionados con cada trastorno evaluado son superiores a los de la población general o bien que «están presentes». Asimismo una puntuación de 85 o más revela la existencia de un posible trastorno.
- *El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982), que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-estado y de otros 20 relacionados con la ansiedad-rasgo. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte para la población masculina es de 28 en el *STAI-E* y de 25 en el *STAI-R* (correspondientes al percentil 75).
- *El Inventario de Depresión (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997), que es un instrumento que consta de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Steer y Beck, 1988).
- *La Escala de Inadaptación (IG)* (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000b), que es un breve autoinforme que consta de 6 ítems (rango: 0-30 puntos) y que mide el grado en que el juego patológico afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, relación familiar y adaptación global. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total, y de 2 en cada uno de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación.

Al no haber tiempo suficiente en dos sesiones para administrar todas las pruebas, el paciente cumplimentó en casa el *Inventario de Ansiedad* y la *Escala de Inadaptación*.

Tabla 1.- Resultados de la evaluación pretratamiento

	Puntuación obtenida	Puntos de corte
Variables relacionadas con el juego		
Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Rango: 0-19)	13	4
Aspectos topográficos del juego <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia • Dinero gastado • Tiempo dedicado 	5 días/semana 45.000 pts./sem. 20 horas/sem.	A mayor cantidad, mayor gravedad
Inventario de Pensamientos sobre el Juego (Rango: 0-21)	7	A mayor puntuación, más cantidad de distorsiones cognitivas
Variables de personalidad		
Personalidad (MCMI-II) <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente • Autodestructivo • Compulsivo 	81 70 63	>75 (superior a la media) >85 (posible trastorno)
Variables psicopatológicas		
Ansiedad (STAI) <ul style="list-style-type: none"> • STAI-Estado (Rango: 0-60) • STAI-Rasgo (Rango: 0-60) 	19 24	28 25
Depresión (BDI) (Rango: 0-63)	16	18
Inadaptación global (IG) (Rango: 0-30)	28	12

Resultados de la evaluación pretratamiento

Una vez realizada la evaluación pretratamiento, se consideró que el paciente respondía a los criterios diagnósticos del juego patológico, según el *DSM-IV* (APA, 1994). Por término medio -en los últimos meses, antes de ser evaluado- el paciente invertía en el juego unas 45.000 pts. semanales, acudía a jugar 5 veces por semana, lo hacía generalmente en solitario y pasaba unas 20 horas a la semana en un entorno de máquinas tragaperras y de juego. En varias ocasiones llegó a gastarse más de 50.000 pts. en un solo día. Además, tenía por costumbre invertir unas 2.750 pts. semanales -de forma regular e invariable- en otros juegos de azar (lotería primitiva, bono-loto y quinielas de fútbol). Por otra parte, el paciente contaba con numerosos sesgos cognitivos relacionados con la conducta de juego (atribuir las ganancias a la habilidad y las pérdidas a la mala suerte, ir a jugar con la *sensación* de que iba a ganar, tener pequeñas manías y conductas supersticiosas relacionadas con el juego, etc.).

Desde una perspectiva psicopatológica, presentaba rasgos de personalidad dependiente superiores a la población normativa y sintomatología depresiva leve, así como un elevado grado de inadaptación en su vida cotidiana relacionado con el juego patológico (*tabla 1*). Sin embargo, su ansiedad era baja. Una vez que “había salido a la luz el problema” y que el juez le había dejado en libertad provisional, llevaba dos semanas sin jugar y se sentía a gusto porque, a pesar de todo, ya no había nada que ocultar (es decir, tenía la conciencia más tranquila).

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez terminada la evaluación, se les explicó al paciente y a su pareja qué características presenta el juego patológico, cuáles habían sido los mecanismos de adquisición y de mantenimiento del problema en su caso y en qué iba a consistir el tratamiento. Asimismo, y dadas la dependencia y la pérdida de control con el juego existentes, se les indicó que el objetivo terapéutico propuesto, como es también recomendable en otros trastornos adictivos (Echeburúa,

Fernández-Montalvo y Báez, 2000c), iba a ser la abstinencia total con respecto al juego en las máquinas tragaperras.

También se hizo hincapié en que la única manera de superar la dependencia era con el control de estímulos y con la ayuda de una exposición regular a las máquinas tragaperras sin llevar a cabo la conducta de juego. Las tareas podían ser inicialmente molestas, pero éstas se iban realizar de forma graduada en cuanto a la intensidad para facilitar la aplicación del programa y para evitar un grado alto de malestar.

A continuación se les explicó las etapas por las que una persona pasa hasta llegar a convertirse en dependiente del juego, así como las diferentes fases que tiene que ir superando para lograr la recuperación (*figura 2*).

En su caso, la *forma de comienzo* en el juego había sido la habitual en este tipo de pacientes. Se inició en las máquinas tragaperras en un contexto lúdico y de amigos hace 12 o 13 años. En las primeras partidas obtuvo algunos premios (refuerzo intermitente), que le permitieron disfrutar con ello y poder invitar a sus amigos a otra consumición o incluso poder comprarse algún capricho con el dinero obtenido. Estas ganancias intermitentes le motivaron a seguir jugando para repetir la agradable experiencia de un dinero extra conseguido de un modo tan divertido y para volver a sentir el *gusanillo* (excitación psicofisiológica) que le producía la posibilidad de ganar dinero de esta manera.

Con el paso de los años empezó a jugar solo y con una frecuencia creciente. De hecho, buscaba ratos libres para ir a jugar, en especial después de despedirse de sus amigos por la noche. Todo ello le llevó a abandonar poco a poco parte de sus aficiones y a aislarse cada vez más. Los estímulos discriminativos que ponían en marcha la conducta de juego inicialmente eran situacionales (tener un rato libre, pasar delante de un bar, caminar por *circuitos de riesgo* o zona de bares adonde acudía a jugar solo, escuchar el sonido de una máquina, etc.), pero posteriormente eran también emocionales (sentirse aburrido o triste, estar tenso emocionalmente, haberse enfadado con el jefe, etc.). A su vez, disponer fácilmente de dinero -a través de la tarjeta de crédito- le generaba una sensación de omnipotencia y le facilitaba su conducta patológica de juego, sin estar sujeta a ningún tipo de control.

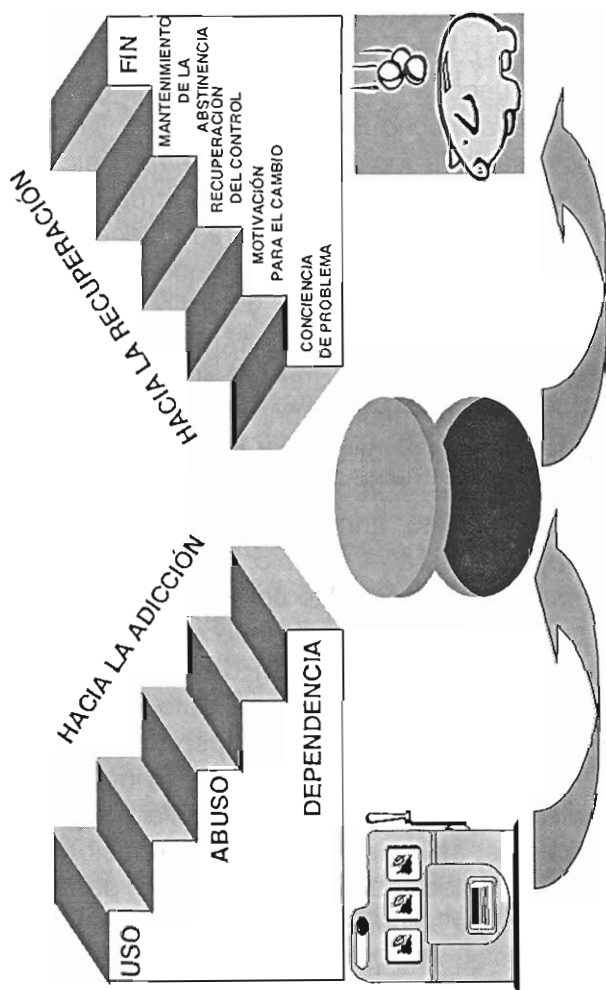


Figura 2.- Etapas en el proceso de la adicción al juego y de su recuperación

La presión económica a la que estaba sometido era un factor muy relevante en el *mantenimiento del problema*. En concreto, veía cómo su economía iba degradándose rápidamente. Ya no podía hacer frente a la hipoteca de la casa recientemente adquirida. Y, por ello, tras pedir un préstamo de 500.000 pts. y malgastarlo en el juego, su conducta de dependencia aumentó todavía más, con el objetivo de «*recuperar el dinero perdido en las máquinas*». También contribuía al mantenimiento del juego la aparición de una serie de pensamientos supersticiosos («*llevo ya mucho tiempo sin ganar*», «*la máquina está hoy caliente*», «*hoy me va a tocar un buen premio*», etc.).

Asimismo algunos sucesos que pueden guardar relación con la *adquisición del problema*, a modo de factores antecedentes, son los siguientes: a) la muerte de un hermano hace cuatro años; b) la separación de su mujer hace dos años y medio, que tuvo lugar por iniciativa de ella y que le supuso un mal trago; y c) el estrés laboral, que le llevó, hace dos años, a solicitar la baja laboral, de la que se recuperó sin necesidad de medicación.

Todas estas explicaciones previas fueron de gran interés para motivarle al tratamiento, así como al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Aun así, antes de iniciar la terapia ya estaba especialmente motivado para el cambio. De esta manera, podía eludir el encarcelamiento por el delito cometido, así como mantener la relación con su pareja y garantizar el apoyo de la familia. Otros aspectos interesantes en la motivación de este paciente para la terapia eran los siguientes: a) recuperar el autocontrol con el juego y conseguir la libertad que supone no depender de las máquinas tragaperras; b) reducir la presión económica; c) no verse obligado a engañar a nadie, tener la conciencia tranquila y reparar su comportamiento reprobable, así como mejorar sus relaciones familiares y sociales; d) sentirse emocionalmente mejor; y e) poner en marcha una estrategia efectiva de solución de su adicción al juego, diferente a aquellas inefectivas que se planteó en los momentos de mayor desesperación (suicidarse tirándose al tren, robar con gran riesgo para su vida, pedir otro préstamo, etc.). Si bien el paciente definió como *ideas absurdas* estas estrategias desesperadas de solución de problemas, antes de acudir al tratamiento optó por una de ellas (intento de robo sin lograr su objetivo).

c) Tratamiento

El programa terapéutico -incluida la evaluación- consistió en 11 sesiones individuales, distribuidas en 3,5 meses. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 1 hora y se llevaron a cabo con una periodicidad semanal o quincenal.

Las *dos primeras sesiones* se emplearon, entre otras cosas, para realizar la evaluación inicial, así como para valorar la necesidad del tratamiento psicológico por el problema presentado y precisar el grado de motivación del sujeto para la terapia. Una vez explicados los objetivos terapéuticos y el contenido del tratamiento, se comenzó, ya desde la primera sesión, con el control de estímulos, referido, especialmente, al manejo del dinero, a los circuitos de riesgo y al control de los estímulos discriminativos relacionados con el juego. A lo largo de los 100 días que duró la intervención el paciente cumplimentó diariamente dos escalas analógico-visuales, relacionadas con la frecuencia de pensamientos en el juego (ganans de jugar) (*apéndice I*) y con el estado de ánimo (*apéndice II*), respectivamente. Además, en el caso de que se diera un cambio relevante en cualquiera de los dos indicadores, el paciente debía señalar con qué suceso, emoción o situación estaba relacionado. Mediante esta actividad -sencilla, pero que exigía gran constancia- tanto el paciente como el terapeuta podían observar la evolución en el tiempo de la intervención de estos dos importantes indicadores. Al mismo tiempo, los sucesos y situaciones asociados a una disminución del estado de ánimo y a un aumento de las ganas de jugar (los pensamientos sobre el juego) eran aspectos determinantes que debían ser tenidos en cuenta para la prevención de recaídas.

En la *tercera sesión* se les explicó al paciente y a la coterapeuta (su novia) en qué consistía la exposición *en vivo* con prevención de respuesta y se estudió la forma concreta de llevarla a cabo. Asimismo se despejaron las dudas planteadas. También se realizó una programación graduada de menor a mayor dificultad en cuanto a la realización de las tareas de exposición encaminadas a la consecución de los objetivos terapéuticos. Al paciente se le entregó un autorregistro de exposición (*apéndice III*), para que anotara en él cada una de las tareas que iba a realizar. Además, y a efectos de

facilitar el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, se le entregó una tarjeta de exposición (*apéndice IV*), con explicaciones y consejos sobre cómo llevar a cabo la tarea adecuadamente. Esta tarjeta, que podía llevarse cómodamente en la cartera, pretendía ser clara y atractiva para el paciente.

Durante 1,5 meses -desde la *tercera a la octava sesión* (correspondientes a la 1ª y 6ª semana de exposición con prevención de respuesta)- el paciente estuvo realizando las tareas de exposición, tal y como se describen en la *tabla 2*. En la programación graduada de las tareas se tuvieron en cuenta una serie de reglas: a) *fijas*: presencia/ausencia del coterapeuta; tenencia/inexistencia de dinero a la hora de exponerse; y b) *variables*: pasearse por los circuitos de riesgo variando las reglas fijas anteriores y realizar las tareas de exposición en diferentes momentos del día y lugares y ante distintos tipos de máquinas tragaperras. Por otra parte, el tiempo de exposición medio al inicio de las tareas fue de unos 25 minutos. A medida que el tratamiento avanzaba, el tiempo de exposición iba disminuyendo gradualmente porque el paciente conseguía reducir el malestar experimentado más rápidamente.

Asimismo al paciente se le recomendó emplear autoinstrucciones, a modo de apoyo a la exposición, tanto al realizar las tareas como al finalizarlas. Algunas de las autoinstrucciones utilizadas fueron las siguientes: «*estoy más animado y con muchas ganas de salir de esto*»; «*debo hacer las tareas con seriedad y firmeza, aunque me resulte duro*»; «*ya llevo más de un mes sin jugar, ¡qué bien!*»; «*hay que seguir bien el tratamiento hasta erradicar el problema por completo*»; «*sé que me costará salir de esto, pero pienso pelear hasta el fin*»; «*voy mejor que ayer*»; «*lo estoy consiguiendo*»; «*estoy muy a gusto sin jugar y pensando en mi futuro*»; «*¡a continuar para adelante!*»; «*tengo que superar todo esto sin bajar la guardia*»; «*debo hacer bien cada fase del tratamiento para no volver a jugar*»; «*japenas me llama ya el juego!*»; «*¡soy muy feliz sin jugar a las máquinas!*», etc.

En estas seis sesiones relacionadas con las tareas de exposición se dedicaba un tiempo a corregir y comentar las tareas realizadas y a hablar sobre las dificultades surgidas, así como a resolver las dudas planteadas. Además, en la tercera y cuarta sesión se le pidió

Tabla 2.- Características de la exposición a máquinas tragaperras en el juego patológico

INDICACIONES FIJAS PARA REALIZAR LAS TAREAS DE EXPOSICIÓN	
EXPOSICIÓN	CARACTERÍSTICAS
1ª semana de exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Al paciente se le entrega una tarjeta de exposición (<i>apéndice IV</i>). • El paciente se expone ante la máquina acompañado de un coterapeuta. • El paciente no lleva dinero. • Tiempo medio de exposición: 25 minutos.
2ª semana de exposición	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente se expone ante la máquina acompañado intermitentemente de su coterapeuta. • El paciente lleva el dinero justo para pagarse su consumición. • Tiempo medio de exposición: 23 minutos.
3ª semana de exposición	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente se expone ante la máquina solo. Previamente ha acordado con el coterapeuta el momento más adecuado para realizar la tarea, ya que el coterapeuta va a estar localizable -en el teléfono de casa o en un teléfono móvil- por si el paciente necesitara ayuda. • El paciente tiene restricción de dinero, pero lleva unas monedas. • Tiempo medio de exposición: 22 minutos.
4ª-6ª semana de exposición	<ul style="list-style-type: none"> • El coterapeuta no está con el paciente cuando éste lleva a cabo las tareas de exposición. En ocasiones sabe cuándo realiza la tarea y en otras no. • El paciente puede llevar dinero: intercala monedas con billetes, toma una consumición cambiando un billete y realiza la exposición con los cambios restantes, etc. • Tiempo medio de exposición: 17 minutos.

Tabla 2.- Continuación

ASPECTOS VARIABLES A TENER EN CUENTA AL REALIZAR LAS TAREAS DE EXPOSICIÓN	
Circuitos de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañado/solo • Sin o con dinero
Momento del día	<ul style="list-style-type: none"> • Mañana • Tarde • Noche
Lugar de exposición	<ul style="list-style-type: none"> • Bares en donde jugó poco • Bares en donde jugó mucho • Salas de máquinas tragaperras
Tipo de máquina	<ul style="list-style-type: none"> • Poco "atractiva" para jugar • Muy "atractiva" para jugar

al paciente que reflexionara acerca del enorme atractivo y capacidad de adicción de las máquinas tragaperras, con el objetivo, aun con los logros iniciales conseguidos, de no bajar la guardia. En este sentido se le habló de las razones de la capacidad de enganche de este tipo de juego: su amplia difusión; el bajo importe de las apuestas y, sin embargo, la posibilidad de ganancias proporcionalmente cuantiosas; la excitación generada por la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado; la presencia de ciertas señales indicativas -generadoras de creencias distorsionadas- de que «*la máquina está caliente o a punto de dar el premio*», como es el caso de los marcadores (numéricos o luminosos) que indican que hay un bote acumulado o que sugieren la cercanía de un premio inminente; la manipulación personal de la máquina, que genera una cierta *ilusión de control*; la programación que tienen a la hora de dar los premios (programa intermitente y de razón variable); la relevancia del condicionamiento a otros estímulos presentes en la situación de juego, como son las luces intermitentes de colores, que, junto con la música y el tintineo estrepitoso de las monedas cuando se gana, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica, etc.

En la *novena sesión* el paciente, que seguía manteniéndose abstinentemente, refirió que se iba a celebrar en breve el juicio por el delito cometido antes de iniciar el tratamiento y que se encontraba preocupado. Por ello -y en vista del bajo estado anímico en el que se encontraba- la sesión se dedicó en su mayor parte a abordar este asunto, a darle apoyo emocional y a diseñar las estrategias de afrontamiento adecuadas, así como, finalmente, a revisar las tareas de casa y a establecer otras nuevas.

Por último, se dedicaron dos sesiones -*la décima y la undécima*- a prevenir recaídas y a realizar la evaluación postratamiento. En este sentido, el paciente cumplimentó el «*Inventario de Situaciones de Riesgo para la Recaída*» (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), con el que se analizaron las principales situaciones que le podrían llevar a la recaída en un futuro y se determinaron cuáles eran las estrategias de afrontamiento más apropiadas en estas circunstancias. En concreto, algunas de estas situaciones de riesgo eran «*estar con otros jugadores*», «*tener una deuda y no atreverse a confesarlo*», «*estar o sentirse solo*», «*ponerse a prueba para ver si es capaz de controlarse*» y «*creer que la máquina puede estar caliente o a punto de dar un premio grande*».

Por otra parte, y a modo de ejemplo, algunas de las estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas sugeridas por el terapeuta y señaladas por el paciente fueron las siguientes: “*no entrar en la dinámica de relacionarme con jugadores ni siquiera de jugar a medias con mis amigos*”, “*cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una sola vez a ver qué pasa, me doy cuenta de que es una idea irracional y de que debo distraerme con otra cosa*”, “*si tengo una deuda, jugar empeora la situación: el mejor antídoto para no jugar es la sinceridad*”, etc.

RESULTADOS

Los resultados de la terapia se refieren, por una parte, a las fluctuaciones en cuanto a las ganas de jugar y al estado de ánimo a lo largo de la intervención; y, por otra, a los cambios producidos tras el tratamiento y en los diferentes seguimientos.

Durante el tratamiento

A efectos de representar gráficamente los datos de las escalas analógicas visuales en relación con las ganas de jugar y con el estado de ánimo, se dividieron los 100 días de intervención en 10 momentos, que corresponden a la puntuaciones medias obtenidas en una y otra escala cada 10 días naturales transcurridos desde que comenzó la intervención (*figura 3*).

Como puede observarse, al inicio del tratamiento (en los 10 primeros días) el paciente se encontraba en un momento óptimo. Es decir, su estado anímico era alto y sus ganas de jugar muy bajas. Esta situación era explicable, en gran medida, por las expectativas puestas en el tratamiento, por la mayor tranquilidad de conciencia al haber revelado todo lo ocurrido, por la abstinencia del juego mantenida durante las últimas semanas, por el apoyo encontrado en su pareja y en su familia, y por las esperanzas recibidas de una posible reincorporación al trabajo.

En los 70 días siguientes su estado anímico se mantuvo en un nivel relativamente alto, lo cual no era ajeno a los progresos del tratamiento y al mantenimiento del apoyo de familiares, amigos y compañeros de trabajo. Sin embargo, entre los días 71 y 90 desde el inicio del tratamiento, su ánimo decayó considerablemente. Este cambio de humor estaba relacionado con el comienzo del juicio por el delito cometido y con la preocupación por las posibles consecuencias para su futuro. El texto de la sentencia fue condenatorio (6 meses de prisión), pero el juez, al tratarse de una pena baja y ser el primer delito cometido por el sujeto, suspendió la ejecución de la pena, con la regla impuesta de un sometimiento a una terapia para hacer frente a su dependencia del juego. Al no verse obligado a entrar en prisión, su estado de ánimo mejoró de nuevo.

Por otra parte, las ganas de jugar se mantuvieron estables y en niveles muy bajos a lo largo de toda la intervención. Esta constancia indica que el tratamiento de exposición *en vivo* con prevención de respuesta, lejos de ser yatrogénico, resulta muy útil para «descondicionar» el hábito de la ludopatía y contribuye a reducir el número de pensamientos en el juego, así como a reforzar las expectativas de autoeficacia del paciente en cuanto al control de su

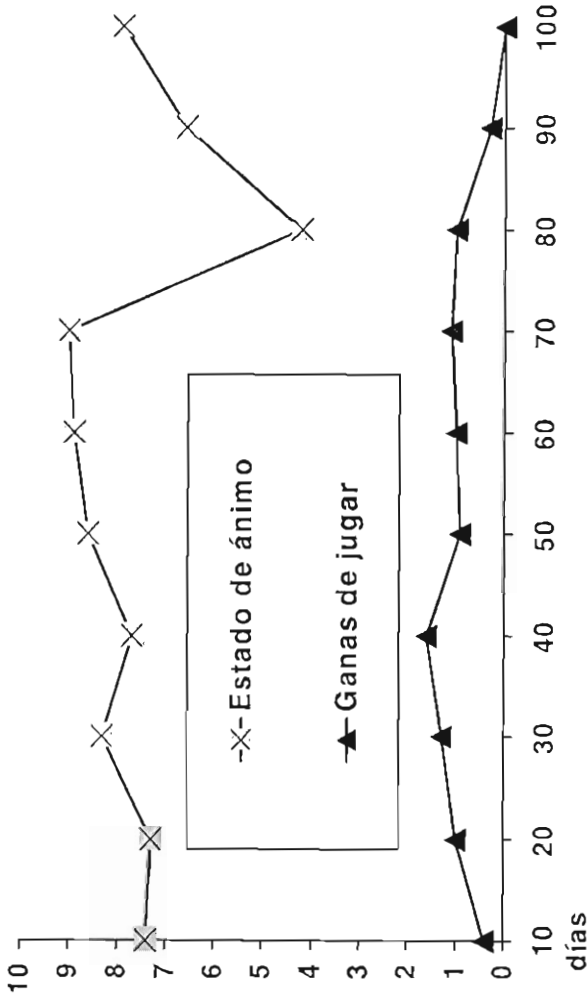


Figura 3.- Estado de ánimo y de las ganas de jugar en el transcurso del tratamiento

comportamiento. Los únicos momentos en que aumentaron ligeramente las ganas de jugar fueron en las semanas anteriores al juicio, en las que el paciente llegó a tener algunas pesadillas recurrentes con el juego, y también cuando comenzó a realizar las tareas de exposición en bares que él temía ya que en ellos había jugado mucho.

Concluido el tratamiento

Al término del tratamiento el paciente mejoró tanto en los aspectos relacionados con el juego como en las variables psicopatológicas evaluadas. En concreto, el paciente se mantuvo abstinentes desde el inicio de la terapia. Por ello, la frecuencia de juego semanal era nula, así como eran inexistentes el tiempo y el dinero gastados en el mismo. Este resultado se mantuvo igual en todos los seguimientos, incluido el último, realizado a los 16 meses después del tratamiento (*tabla 3*).

En cuanto a las variables psicopatológicas, al término del tratamiento se constató una ligera mejoría tanto en la sintomatología depresiva y ansiosa como en el nivel de inadaptación¹. En los siguientes seguimientos habidos en los 16 meses después del tratamiento hubo muchas fluctuaciones desde un punto de vista psicopatológico, debidas, fundamentalmente, a circunstancias ajenas al juego. En concreto, en el seguimiento de los cinco meses el paciente se encontraba económicamente en una situación crítica. A pesar de la resolución judicial previa, su situación laboral todavía estaba pendiente. Al estar suspendido de empleo y sueldo, cobraba una cantidad muy reducida y, a su vez, estaba esperando un resultado para saber a qué atenerse (buscar otro trabajo, irse a trabajar a otro lugar, etc.). Todo ello hizo que los síntomas de ansiedad aumentaran considerablemente. Más tarde, y en menos de un mes,

1 La puntuación total obtenida en la escala de inadaptación (rango: 0-30) fue multiplicada por 2 para homogeneizar el rango de los tres indicadores psicopatológicos (entre 0 y 60 puntos) y así ver mejor la representación gráfica de la evolución de las tres variables psicopatológicas.

Tabla 3.- Resultados del tratamiento

Variables	Pre.	Post.	2 meses	5 meses	9 meses	10 meses	14 meses	16 meses
Variables relacionadas con el juego								
Frecuencia semanal de juego	5 veces	0 veces	0 veces	0 veces	0 veces	0 veces	0 veces	0 veces
Dinero gastado semanalmente	45.000 pls.	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada
Tiempo dedicado a la semana	20 horas	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada	Nada
Pensamientos relacionados con el juego								
Inventario de pensamientos sobre el juego	7	0	0	0	0	0	0	0
Variables psicopatológicas								
Ansiedad (STAI-E)	19	16	16	46	48	24	2	5
Depresión (BDI)	16	13	12	14	18	15	2	1
Inadaptación (IG)	28	26	24	27	26	20	14	9

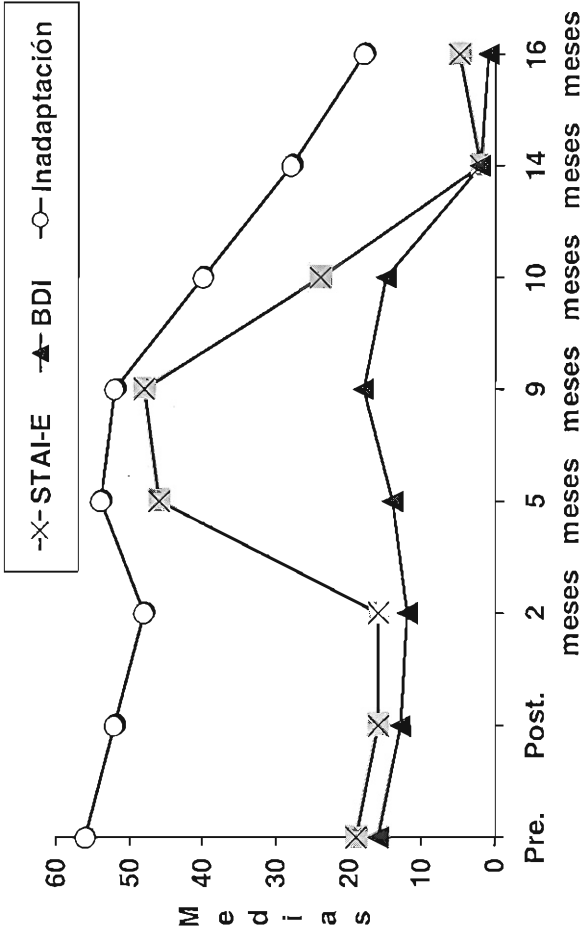


Figura 4.- Evolución de las variables psicopatológicas

se resolvió favorablemente su situación laboral. Sin embargo, una semana antes del seguimiento de los nueve meses, la noticia de su delito, así como la sentencia, se hicieron públicas en los medios de comunicación. Ello explica la elevada sintomatología que presentaba el paciente en este momento. El paciente afrontó este duro golpe sin dejarse vencer, con la ayuda de su pareja y de sus familiares, así como con la de sus amigos y compañeros de trabajo. Por último, a los 14 y 16 meses de seguimiento, el paciente no presentaba ya síntomas depresivos ni de ansiedad. Además, sus niveles de inadaptación -una vez canalizadas sus deudas y recuperada la confianza de su familia, pareja y otras personas de su entorno- habían disminuido claramente (*figura 4*).

CONCLUSIONES

La recuperación de la ludopatía, como ocurre en el resto de los trastornos adictivos, es un proceso gradual que consta de una serie de fases: a) la conciencia del problema, que implica al paciente darse cuenta de que existe una dificultad y de que no es posible solucionarla por sí solo; b) la motivación para el cambio, que surge sólo si el paciente se percata de que la superación del problema, con el esfuerzo que ello supone, tiene más beneficios que la situación actual; c) la implicación activa en la terapia; y d) el mantenimiento en el tiempo de los objetivos terapéuticos (la abstinencia) (Casas y Gossop, 1993; Echeburúa, 2001; Prochaska y Di Clemente, 1983).

En este caso, que presentaba una pérdida de control y una dependencia de las máquinas tragaperras, se ha establecido la abstinencia como meta del tratamiento y se ha recurrido a una intervención individual de control de estímulos y exposición *en vivo* con prevención de respuesta, que ha mostrado ser una terapia efectiva para el tratamiento del juego patológico (Echeburúa *et al.*, 1996). Como uno de los principales problemas de las conductas adictivas es la elevada tasa de recaídas, se han incluido asimismo en el programa terapéutico unas sesiones dirigidas a prevenir la recaída, basadas en el modelo cognitivo-conductual de Marlatt y Gordon (*cfr.* Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

En este sentido, los resultados obtenidos con este paciente ponen de manifiesto la eficacia del programa de tratamiento utilizado. En concreto, el programa de exposición *en vivo* con prevención de respuesta, junto con el control de estímulos, ayudaron al paciente a recuperar el control de su comportamiento, a reducir sus ganas de jugar y a eliminar las distorsiones cognitivas asociadas al juego, así como a conseguir la abstinencia. Por otra parte, una vez finalizado el tratamiento y con un seguimiento de hasta 16 meses, el paciente, gracias al programa de prevención de recaídas, mantuvo la abstinencia y mostró una clara mejoría, a pesar de las fluctuaciones tan grandes durante estos meses, que estuvieron relacionadas con los diversos problemas planteados y que fueron una fuente de estrés significativa: la precaria situación económica, la incertidumbre sobre el futuro laboral, la exposición pública de su delito y condena, etc. A pesar de ello, desaparecieron los síntomas depresivos y de ansiedad y disminuyó considerablemente su grado de inadaptación a la vida cotidiana.

Un aspecto fundamental en el éxito de este paciente fue el grado de colaboración con el tratamiento, que era un reflejo de la motivación para el cambio. De hecho, cumplimentó con constancia todos los autorregistros y las escalas analógico-visuales y realizó todas las tareas propuestas, proporcionando incluso sugerencias al terapeuta en relación con la forma de llevar a cabo la exposición y con otros aspectos del tratamiento. Probablemente la terapia aquí presentada no sea suficiente cuando los pacientes presenten una comorbilidad de la ludopatía con otros cuadros clínicos (alcoholismo, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, etc.) o cuando no haya una conciencia genuina del problema y la motivación para el cambio sea, por ello, escasa. Habrá que investigar en el futuro programas terapéuticos específicos para perfiles psicopatológicos complejos y elaborar, por ello, tratamientos más *a la medida* para las necesidades específicas del paciente, especialmente en el caso de los trastornos duales (*cf.* Cabrera, 1998; Salvanés y Álamo, 1999; Solomon, Zimberg y Shollar, 1996) o de pacientes muy poco motivados (*cf.* Miller y Rollnick, 1999). Quizá en este último caso pueda ser de interés - y potenciar así la eficacia de la terapia- la elaboración de materiales dirigidos a la evaluación y al tratamiento que resulten atractivos para

el paciente: autorregistros, escalas, tarjetas de ayuda para la realización de las tareas en casa, etc.

Por último, un campo de estudio futuro es la articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los ludópatas, así como la determinación de su grado de efectividad. Dada la atenuación de la responsabilidad penal en la comisión de ciertos delitos, al menos en muchos casos, en los jugadores patológicos (Echeburúa *et al.*, 2000a) y dadas las posibilidades que ofrece el Código Penal vigente, la combinación de medidas penales y psicológicas en los ludópatas delincuentes, como se ha planteado en este caso, es una línea de investigación sugerente.

BIBLIOGRAFÍA

- Allcock, C.C.** (1986). Pathological gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259-265.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)*, Washington, DC. APA.
- 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.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press.
- Becoña, E.** (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Becoña, E.** (1996). *La ludopatía*. Madrid. Aguilar.
- Blaszczynski, A. y Silove, D.** (1996). Pathological gambling: forensic issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 358-369.
- Cabrera, J.** (1998). *Patología dual*. Madrid. Comunidad de Madrid (Agencia Antidroga).
- Casas, M. y Gossop, M.** (Eds.) (1993). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona. Citrán.

- Delgado, S. y Rodríguez-Martos, A. (1994). Los trastornos en el control de impulsos en psiquiatría forense. Especial referencia al juego patológico. En S. Delgado (De.). *Psiquiatría Legal y Forense (vol. 1ª)*. Madrid. Cólex.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet)*. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol. Guía práctica para el tratamiento*. Madrid. Síntesis.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Yuste, J. (2000a). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1, 59-77.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 51-72.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000b). *Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 325-340.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000c). El juego patológico en España: aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 641-659.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- González, A. (1989). *Juego Patológico: Una Nueva Adicción*. Madrid. Tibidabo.
- Labrador, F.J. y Becoña, E. (1994). Juego patológico: aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.

- Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego patológico. En M.A. Vallejo (Ed.). *Manual de terapia de conducta (vol. 2º)*. Madrid. Dykinson.
- Ladouceur, R., Sylvain, C. y Boutin, C. (2000). Pathological gambling. En M. Hersen y M. Biaggio (Eds.). *Effective brief treatments for adults: A clinician's guide*. New York. Academic Press.
- Legarda, J.J., Babio, R. y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS). A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1189.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.
- McCormick, R.A. y Ramírez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (Ed.). *Modern perspectives in psychosocial pathology*, New York. Brunner/Mazel Inc.
- McCormick, R.A., Taber, J.I., Kruegelbach, N. y Russo, A. (1987). Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: the California Personality Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 521-527.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona. Paidós.
- Millon, TH. (1999). *MCMI-II: inventario clínico multiaxial de Millon-II*. Madrid. TEA.
- Ochoa, E., Labrador, F.J., Echeburúa, E., Becoña, E. y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico*. Madrid. Plaza Janés.
- Prieto, M. (1999). *Para comprender la adicción al juego*. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- Prochaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- 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. 1º.
- Salvanés, R. y Álamo, C. (Eds.) (1999). *Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales*. Madrid. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Sharpe, L. (1997). Juego patológico. EN V.E. CABALLO (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid. Siglo XXI, vol. 1º.

- Solomon, J., Zimberg, S, y Shollar, E. (Eds.) (1996). *Diagnóstico dual*. Barcelona. Citrán.
- Steer, R.A. y Beck, A.T. (1988). Beck Depression Inventory. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Dictionnary of Behavioral Assessment Techniques*. Nueva York. Pergamon Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press (versión española, T.E.A., 1982).
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978/Reliability and norm data of the Spanish version of the 1978 Beck Depression Inventory. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505.
- Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1618-1619.
- Yeoman, T. y Griffiths, M. (1996). Adolescent machine gambling and crime. *Journal of Adolescence*, 19, 183-188.

APÉNDICE I. ESCALA RELACIONADA CON PENSAMIENTOS EN EL JUEGO (GANAS DE JUGAR)

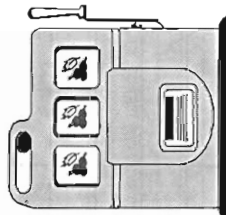
DÍA	Nombre:				Mes:			Año:			Situaciones, sucesos o emociones relacionados con las ganas de jugar	
	Frecuencia con la que he pensado en el juego											
	Nula	Baja	Media	Muy alta								
1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
22	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
24	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
25	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
26	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
27	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
28	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
29	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
30	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
31	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

APÉNDICE II. ESCALA DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre:	Mes:		Estado de ánimo							Año:	Situaciones importantes que están relacionadas cada día con mi estado de ánimo	
	Muy triste	Normal	1	2	3	4	5	6	7			8
1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
20	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
22	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
24	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
25	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
26	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
27	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
28	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
29	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
30	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
31	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

APÉNDICE IV: TARJETA DE EXPOSICIÓN

TARJETA DE EXPOSICIÓN



NORMAS BÁSICAS

- 1- HACER LA TAREA 5 o 6 VECES POR SEMANA
- 2- ACERCARSE A LA MÁQUINA Y PERMANECER SIN JUGAR HASTA QUE DISMINUYAN LAS GANAS DE JUGAR O EL MALESTAR.
- 3- PRESTAR ATENCIÓN (luces, sonidos, gente que esté jugando, etc.) Y NO DISTRAERSE (televisión, periódico, charlando)
- 4- NO BEBER ALCOHOL (perjudica la concentración y debilita la fuerza de voluntad)
- 5- MEDIR LAS GANAS DE JUGAR O EL MALESTAR
 - Termómetro imaginario que va de 0 (mín.) a 10 (máx.)
 - Medirse antes y después de hacer la tarea
 - Apuntarlo en el autorregistro correspondiente
- 6- FINALIZAR LA TAREA TENIENDO EN CUENTA:
 - Haber estado el tiempo adecuado (25', 20', etc.)
 - Tener en ese termómetro 3 puntos o menos.
- 7- PREMIARSE POR HABER REALIZADO BIEN LA TAREA



APÉNDICE IV: Continuación

TAREAS DE EXPOSICIÓN

CONSEJOS PRÁCTICOS

- 1- IR A REALIZAR LA TAREA SIN PRISAS O AGOBIOS DE TIEMPO .
- 2- SI AL HACER LA TAREA ENTRAN MUCHÍSIMAS GANAS O MALESTAR, SE PUEDE IR AL SERVICIO DEL BAR, PERMANECER ALLÍ DURANTE UNO O DOS MINUTOS, Y REGRESAR DE INMEDIATO A LA TAREA.
- 3- SI ALGUIEN ESTÁ JUGANDO EN LA MÁQUINA, ALEJARSE UN POCO MÁS (así no se molesta al que juega y tampoco se juega mentalmente con él).
- 4- SI A ALGUIEN LE TOCA UN PREMIO GRANDE Y APARECE EL "GUSANILLO"
O LAS GANAS DE JUGAR, PERMANECER HASTA QUE SE PASEN (aproximadamente 5 minutos más).
- 5- NO ESTÁ PERMITIDA LA DISTRACCIÓN, PERO SÍ EL DISIMULO.
- 6- TOMARSE EN SERIO LAS TAREAS (el tiempo que hay que estar delante de la máquina y el nº de veces que hay que hacerlo durante la semana).
- 7- ENTRAR EN BARES CON MÁQUINAS SÓLO PARA HACER LA EXPOSICIÓN.

