

EL CONTROL DE ESTIMULOS Y LA EXPOSICION CON PREVENCION DE RESPUESTA COMO TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA LUDOPATIA EN UN ADOLESCENTE ¹

Concepción Báez Gallo
Enrique Echeburúa Odriozola

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

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento con control de estímulos y exposición con prevención de respuesta en un caso de juego patológico. El paciente, un joven de 19 años, tenía una dependencia al juego desde hacía 4 años. El programa consistió en seis sesiones semanales individuales (de 30 minutos de duración) de exposición en vivo a los estímulos suscitadores de la conducta de juego, junto con un control de los estímulos referidos al dinero, los amigos jugadores y los lugares de juego. El control de estímulos se atenuaba gradualmente a medida que el tratamiento avanzaba. Tras dos años de seguimiento, el paciente se mostraba abstinente respecto al juego y se encontraba muy mejorado en ansiedad y depresión, así como en la adaptación global. Se comen-

¹ *Agradecimientos.* Los autores quieren agradecer las valiosas sugerencias que les ha proporcionado Javier Fernández-Montalvo tras la lectura del primer borrador de este texto.

tan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras clave: JUEGO PATOLOGICO. EXPOSICION CON PREVENCION DE RESPUESTA. CONTROL DE ESTIMULOS. TRATAMIENTO.

SUMMARY

In this paper the treatment of a pathological gambler with stimulus control and exposure with response prevention is described. The patient, a 19-year-old young man, reported a serious trouble of pathological gambling for four years. The treatment consisted of six individual in-vivo exposure to gambling trigger stimuli sessions, administered in weekly 30 minutes sessions, together with stimulus control related to money, gambler friends and gambling places. Stimulus control was faded as treatment went ahead. At the end of 2 years follow-up the patient was abstained from gambling and his depression and anxiety improved as well as his overall adaptation. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key words: PATHOLOGICAL GAMBLING. EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION. STIMULUS CONTROL. TREATMENT.

INTRODUCCION

Los aspectos psicopatológicos implicados en los juegos de apuestas están cobrando un interés creciente. No deja de ser llamativo que el juego patológico sólo haya sido considerado como tal trastorno en el manual de la American Psychiatric Association a partir de la 3ª edición (1980). Desde entonces el número de investigadores y clínicos interesados en el tema no ha hecho sino aumentar. Sin embargo, las publicaciones específicas referidas al tratamiento del juego patológico son aún escasas.

La Organización Mundial de la Salud (1992) define el juego patológico como *"un jugar apostando de un modo constante y reiterado que persiste y a menudo se incrementa a pesar de las consecuencias sociales adversas, tales como la pérdida de la fortuna personal, el deterioro de las relaciones familiares y las situaciones personales críticas"* (pág. 262).

Este trastorno de conducta puede considerarse como una adicción psicológica (adicción sin droga) (Echeburúa y Corral, 1995; Marks, 1990). No existe una sustancia química con una capacidad adictiva, pero son muchos, sin embargo, los aspectos comunes al juego patológico, al alcoholismo y al resto de las toxicomanías, sobre todo en relación con la dependencia y con la tolerancia (Echeburúa, 1992, 1993a; Echeburúa y Báez, 1994a).

La tasa de prevalencia del juego patológico en España oscila entre el 1% y el 1,7% de la población adulta, pero puede haber una tasa adicional de un 5,2% de jugadores problemáticos (Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1993). Estas tasas pueden multiplicarse, al menos en muestras norteamericanas, por dos o por tres cuando la población objeto de estudio epidemiológico es sólo de adolescentes. En este caso la tasa de prevalencia de jugadores patológicos es de un 5%; la de jugadores problemáticos, de un 15% (Ladouceur y Mireault, 1988; Lesieur, Cross, Frank, Welch, White, Rubenstein, Moseley y Mark, 1991; Lesieur y Klein, 1987).

El interés del caso presentado en este estudio está fundamentado en varios aspectos. En primer lugar, se trata de un adolescente. La adolescencia, como se ha señalado, presenta unas tasas de prevalencia más altas que otros períodos de la vida. Asimismo se desconocen las pautas específicas de las conductas de juego en este tipo de sujetos, especialmente en lo referido al tipo de juegos, las fuentes de ingresos y la motivación para el tratamiento (Pursley, 1991). De hecho, los estudios clínicos publicados hasta la fecha están referidos fundamentalmente a adultos. No se puede olvidar además que el tratamiento precoz del trastorno previene el desarrollo de problemas psicosociales futuros más graves (conflictos familiares, inadaptación laboral, problemas judiciales, indigencia, etc.).

Y en segundo lugar, se trata de una persona dependiente de las máquinas tragaperras, representativa, por tanto, del tipo de juego

predominante en España en los pacientes aquejados de juego patológico. En concreto, en el Centro de Salud Mental de Rentería el 83% de una muestra de 177 pacientes que han acudido a tratamiento por problemas relacionados con este trastorno jugaban a las máquinas tragaperras.

El tratamiento ensayado en este caso ha sido el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta. Las técnicas de exposición se han aplicado inicialmente a los trastornos fóbicos y obsesivo-compulsivos y se cuenta con una extensa evidencia empírica acerca de su efectividad (*cf.* Echeburúa, 1993b). Más recientemente se han comenzado a utilizar, bien aisladamente o en combinación con otras técnicas, en el tratamiento de los trastornos adictivos (Echeburúa, 1994; Echeburúa y Báez, 1994b). En concreto, han sido Greenberg y Rankin (1982) los que han aplicado estas técnicas por primera vez al juego patológico.

El programa terapéutico utilizado en este caso clínico -el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta- ha mostrado ser el tratamiento más eficaz -un 68,8% de éxitos con un seguimiento de doce meses- en una investigación clínica reciente, de la cual forma parte este caso, realizada recientemente por los autores (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994a).

METODO

Sujeto

El paciente es un joven donostiarra de 19 años, estudiante de 1er. curso de Ciencias Biológicas en la Universidad del País Vasco (campus de Bilbao). Es el hijo menor de una familia de clase media de tres hermanos, de los que la hermana mayor es la única que está casada y vive fuera de casa. Acude al programa de juego patológico del Centro de Salud Mental de Rentería (País Vasco) en septiembre de 1993 remitido por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de San Sebastián, adonde ha acudido en compañía de sus padres para consultar por un problema de ludopatía.

La conducta de juego se remonta a hace 4 años, cuando co-

menzó a jugar en máquinas recreativas de bingo, atraído por la excitación de la apuesta y por la posibilidad de conseguir un dinero fácil. El paciente tuvo episodios de descontrol con el juego desde el principio. No ha habido un consumo de alcohol concomitante.

Hace 2 años terminó los estudios en el Instituto de San Sebastián. Como estaba interesado en estudiar Ciencias Biológicas y no había este tipo de estudios en su ciudad, se desplazó a Bilbao y fue a vivir a un piso de estudiantes. La estancia en Bilbao supuso un aumento considerable de la cantidad de dinero que administraba para gastos de piso, comida, viajes, libros, fotocopias, etc.

En varias ocasiones se gastó el dinero de la comida, de los libros y del transporte en máquinas tragaperras. Cuando se encontró especialmente apurado, pidió dinero prestado a su cuñado, con el ruego de que no dijera nada a sus padres a cambio de la promesa de que se lo iba a devolver lo antes posible y de que ya no iba a volver a jugar. En estas situaciones de apuro consiguió mantenerse sin jugar durante una o dos semanas. Cuando los episodios se repitieron varias veces y las mentiras comenzaron a ser habituales, el cuñado puso en conocimiento de la familia lo que ocurría. El paciente consultó entonces con un psiquiatra, al que acudió en tres ocasiones y del que recibió una terapia de apoyo inespecífica. Dejó de acudir porque había dejado de jugar durante 1 mes. Al cabo de poco tiempo volvió a recaer jugando con mayor frecuencia y cantidad de dinero, abandonó completamente los estudios y, de hecho, no aprobó ninguna asignatura en la convocatoria de junio.

En los meses de verano regresó a estudiar a casa de sus padres. Mientras éstos estaban de vacaciones durante el mes de agosto, le dejaron una tarjeta de crédito para poder administrarse con la comida y algunos otros gastos. El descontrol con la tarjeta fue importante: 120.000 pts. en un solo mes. Cuando sus padres insistieron en que tenía que acudir a algún especialista, pidió todavía un periodo de prueba. No consiguió estar abstinente ni dos semanas. Cuando, por fin, acudió al tratamiento -diez días más tarde-, había contraído una nueva deuda de 48.000 pts. A pesar de sus buenas intenciones, no se veía capaz de controlarse por sí solo.

El historial médico y psicológico del paciente es el característico de una persona con salud normal, sin haber padecido ninguna

enfermedad grave ni haber experimentado ninguna intervención quirúrgica. El desarrollo evolutivo de la infancia y adolescencia ha sido normal, con un rendimiento académico adecuado y con unas relaciones familiares satisfactorias. Tiene un concepto bajo de sí mismo en la esfera social. Se trata de una persona reservada, un tanto dependiente de sus padres, con un cierto temor a no ser aceptado por los demás. Las relaciones sociales son, por ello, escasas, pero satisfactorias. No tiene apenas aficiones y se queja de aburrirse con frecuencia. Consume alcohol dentro de unos límites moderados y no fuma ni toma drogas. No ha recibido ningún tratamiento psiquiátrico ni psicológico antes de la aparición de este trastorno. No hay tampoco antecedentes psicopatológicos ni consultas médicas y/o psicológicas por este motivo en el núcleo familiar.

PROCEDIMIENTO

a) Evaluación

La complejidad del juego patológico y las complicaciones psicopatológicas asociadas al mismo hacen aconsejable la utilización de criterios múltiples de cambio conductual para evaluar adecuadamente las consecuencias de una intervención terapéutica.

En la primera sesión de evaluación la terapeuta -la primera autora de este trabajo- 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, 1994a). También se aplicó el *Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume; validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994b), que consta en la versión española de 19 ítems relacionados, entre otros aspectos, con la conducta de juego, la pérdida de control, las fuentes de obtención del dinero y las emociones implicadas, y que tiene un rango de 0 a 19. La puntuación obtenida por el paciente en esta prueba fue 13. Recuérdese que el punto de corte que discrimina a los jugadores patológicos de los que no lo son en la versión descrita (Echeburúa *et al.*, 1994b) es una puntuación superior a 4.

En la segunda entrevista se evaluaron las características actuales de la conducta de juego y otras variables psicopatológicas asociadas. Por término medio el paciente invertía en el juego unas 5.000 pts. semanales, acudía a jugar 3 veces por semana y pasaba unas 12 horas semanales delante de las máquinas (a razón de una media de 4 horas por episodio).

El *Indicador Subjetivo del Paciente* -valoración que el paciente hace de la frecuencia, cantidad de dinero, tiempo, necesidad de jugar y pensamientos dedicados al juego en una escala de tipo Likert de 0 a 4 dentro de un rango de 0 a 20- marcaba una puntuación de 18. La valoración que el familiar hacía de estos mismos aspectos -una forma de validar la información suministrada por el paciente- alcanzaba una puntuación de 14.

Por lo que se refiere a otras variables psicopatológicas, se utilizaron las medidas que aparecen, con las puntuaciones correspondientes, en la *Tabla 1*. En resumen, se trata de una persona con una gran dependencia al juego, con un grado de inadaptación alto a la vida cotidiana y, desde una perspectiva psicopatológica, con unos niveles significativos de ansiedad y depresión (tanto en los componentes conductuales como cognitivos).

TABLA 1.- Evaluación en el pretratamiento de las variables psicopatológicas

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACION
* Inventario de depresión BDI (Versión 21 ítems) (0-62) (Beck <i>et al.</i> , 1961)	31
* Escala de depresión de Hamilton (1960) (Versión autoaplicada de 21 ítems) (0-73)	42
* Cuestionario de ansiedad STAI-estado (Spielberger <i>et al.</i> , 1970)	51
* Escala de Adaptación (Echeburúa y Corral, 1987)	26

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez terminada la evaluación, se les explicó al paciente y a la familia qué características presenta el juego patológico, cuáles habían sido los mecanismos de adquisición y de mantenimiento en su caso y en qué iba a consistir el tratamiento, así como el objetivo terapéutico propuesto: la abstinencia total del juego. Este objetivo parece el más adecuado cuando el paciente es, como en este caso, un jugador patológico propiamente dicho (Echeburúa y Báez, 1994b).

Estas explicaciones previas son de gran interés para motivar al paciente al tratamiento y al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. La motivación inicial en este sujeto venía dada por la presión familiar -resultado, a su vez, de la tensión que la dependencia al juego del paciente generaba en la familia- y por la percepción del paciente de su incapacidad para controlar la conducta de juego por sí mismo.

La forma de comienzo en el juego había sido la habitual en este tipo de casos. La perspectiva de un dinero fácil y la búsqueda de excitación le llevaron a jugar con algunos amigos en las máquinas recreativas de bingo, en donde el dinero da más de sí al ser las partidas más largas y compartidas. Al comienzo obtuvo algunos premios (refuerzo intermitente), que le permitieron disfrutar ese fin de semana con más dinero del habitual y que le motivaron a seguir jugando para repetir la agradable experiencia de un dinero extra conseguido de un modo tan divertido.

Más tarde empezó a jugar solo, sin necesidad de estar pendiente de en qué momentos podía compartir el juego con los amigos, y con una frecuencia creciente. De hecho, salía de casa solamente para ir al bar a jugar y eso le llevó incluso a dejar de entrenar en el equipo de fútbol. Al cabo de poco tiempo lo único que le resultaba excitante era encontrarse delante de una máquina tragaperras. Los estímulos discriminativos que ponían en marcha la conducta de juego inicialmente eran situacionales (tener un rato libre, pasar delante de un bar, escuchar el sonido de una máquina, etc.), pero posteriormente eran también emocionales (sentirse aburrido o triste, estar tenso emocionalmente, etc.).

Se explicó al paciente y a la familia el plan de tratamiento, la duración y las líneas generales del mismo. Se hizo hincapié en que la única manera de superar la dependencia es 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 la terapeuta le iba a proponer al paciente un programa graduado, le iba a enseñar unas habilidades para hacer frente a ese malestar inicial e iba a estar a su disposición si surgía cualquier contratiempo.

c) Tratamiento

El programa terapéutico aplicado en este caso fue el control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta. Una descripción detallada de este tratamiento, sesión por sesión, está descrita en Echeburúa y Báez (1994b).

Como ya se ha señalado más arriba, hay estímulos condicionados alrededor de las situaciones de juego que ponen en marcha la conducta de jugar. Por ello, el *control de estímulos* sirve para alcanzar el primer objetivo de la intervención terapéutica: conseguir que el sujeto deje de jugar a *corto plazo* y beneficiarse de las ventajas del abandono del juego. Evitar las ocasiones peligrosas es el mejor método para obtener este resultado.

La consecución del objetivo de la abstinencia a *largo plazo* requiere, sin embargo, la utilización de la *exposición con prevención de respuesta*. El control de estímulos no es por sí solo suficiente debido a la difusión de las máquinas tragaperras en todo tipo de lugares. La evitación como estrategia de afrontamiento no es la más adecuada, al menos en este caso, para hacer frente al problema del juego a largo plazo. Por ello, la exposición con prevención de respuesta enseña al sujeto a resistir el impulso de jugar ante la presencia de una máquina tragaperras, le permite recuperar el control de sus conductas y, desde esta perspectiva, se configura como un método eficaz para incluir la abstinencia del juego en el repertorio de conductas del sujeto.

Por último, se incorporan algunas *estrategias de prevención de recaídas*, basadas en el establecimiento de conductas reforzantes alternativas, en la identificación de las situaciones de alto riesgo y en el entrenamiento en estrategias de afrontamiento eficaces ante ellas, así como en las reacciones ante una posible *caída* de modo que ésta no se transforme en una *recaída* total.

El programa terapéutico constó de seis sesiones de una hora de duración (a excepción de la segunda, que duró hora y media), con una periodicidad semanal. Excluidas las sesiones de evaluación y los controles de seguimiento, la duración del tratamiento propiamente dicho fue de mes y medio (*Tabla 2*).

TABLA 2.- Características del programa de tratamiento

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| * Número de sesiones: | 6 |
| * Periodicidad: | Semanal |
| * Duración total: | 1,5 meses |
| * Terapeuta: | Psicóloga clínica |
| * Lugar: | Centro de Salud Mental |

2. COMPONENTES DEL PROGRAMA

- * Control estimular (con atenuación gradual)
- * Exposición y prevención de respuesta
- * Estrategias de prevención y control de recaídas

Se dedicó la *1ª sesión* a organizar el control de estímulos. La condición previa fue que volviera a vivir en casa de sus padres, desde donde podía ir y volver a la universidad diariamente en autobús con otros compañeros. El viaje resultaba algo incómodo porque había que madrugar, pero de este modo se posibilitaba una reducción del dinero que tenía bajo control y un seguimiento más cercano de las conductas por parte de los padres.

Se optó por establecer una cantidad fija de dinero -en concreto, 3.500 pts.- como asignación semanal en lugar de una cantidad variable en función de sus necesidades, que pueden ser ilimitadas y crear conflictos. La paga fija facilita el aprendizaje de la autoadministración. La asignación establecida, que tenía como objetivo hacer frente a los gastos cotidianos y a la devolución de las deudas, fue satisfactoria tanto para el paciente como para los padres. En estas primeras semanas el paciente llevaba un dinero de bolsillo restringido y sólo realizaba gastos extra con una justificación concreta. Por otra parte, no utilizaba tarjetas de crédito ni talonarios y evitaba sistemáticamente entrar en bares con máquinas tragaperras, así como acudir a las cercanías de los lugares de juego y juntarse con antiguos compañeros de juego.

Se elaboró asimismo una lista de deudas pendientes, de la que estuvo informada la familia, y se estableció un plan realista de devolución, que se le hizo saber a los acreedores (familiares, amigos o conocidos), con el ruego expreso de que no le prestaran dinero en ninguna otra ocasión. El plan se hizo exclusivamente con arreglo a la asignación económica del paciente, al que se hizo consciente de que las deudas contraídas eran responsabilidad suya y no de la familia. La dependencia al juego se agrava con las deudas. De hecho, últimamente el paciente jugaba, más que para ganar, para recuperar el dinero perdido y poder hacer frente a las deudas.

En la 2ª sesión, que tuvo una duración de hora y media, se comenzó con la técnica de exposición y prevención de respuesta. La prescripción terapéutica fue que el paciente se expusiese, sin jugar, a las máquinas que solía frecuentar una vez al día, por la tarde, durante un período mínimo de 20 minutos en compañía de un coterapeuta (su padre u otro familiar) y anotase la tarea realizada en el registro correspondiente. La exposición a los estímulos (música, luces de colores, tintineo de las monedas, etc.) terminaba sólo cuando el paciente, que no podía consumir alcohol ni café durante la misma ni llevar dinero en el bolsillo, conseguía disminuir el impulso de jugar y experimentaba una reducción significativa en el malestar.

En la primera tarea de exposición la terapeuta acompañó al paciente y a su padre a un bar con una máquina recreativa de bingo, al que solía acudir el paciente con mayor regularidad, para alentarle

a dicha tarea y para resolver cualquier contratiempo que pudiera surgir. En la *Tabla 3* figura el registro de tareas de la siguiente exposición, hecha ya por el paciente por sí solo en compañía del coterapeuta. Como se puede observar, la ansiedad varía no sólo en función de la exposición, sino también en función de variables emocionales y situacionales.

En la 3ª y 4ª sesiones se comenzó a atenuar el control de estímulos. En concreto, el paciente asumió una responsabilidad cada vez mayor en la administración de la cantidad asignada. Si en un comienzo el dinero se le daba diariamente y restringido para cosas concretas, a medida que transcurría el tratamiento empezó a recibir dinero una vez por semana y a administrárselo él mismo. Se le permitió ya entrar en los bares, pero no podía aún utilizar tarjetas de crédito o talonarios ni relacionarse con amigos jugadores.

La atenuación del control de estímulos fue paralela con la evolución del programa de exposición. En el transcurso de la terapia comenzaron a complicarse las tareas en función de la disminución de la ansiedad. De este modo, se graduó la exposición con tareas cada vez más complejas: en compañía del coterapeuta todo el rato y sin dinero; con el coterapeuta acompañándole a la ida y a la vuelta de la tarea de exposición, y con dinero de bolsillo; solo y con el dinero justo para una consumición; por último, solo y con una cantidad creciente de dinero hasta llegar a 5.000 pts. Cuando el paciente realizó esta última conducta repetidas veces sin que sintiera ningún malestar significativo se dio por concluido el programa de exposición.

En la 5ª sesión se explicó al paciente el fenómeno de la recaída y se le enseñaron estrategias de prevención para evitar la primera caída: identificación de situaciones de alto riesgo, ensayo de conductas asertivas de rechazo a las invitaciones al juego y establecimiento de conductas alternativas reforzantes.

En relación con los hábitos de conducta, se hizo especial hincapié en recuperar actividades físicas con las que antes había disfrutado (como la natación o el baloncesto) en compañía de amigos. Reanudar la práctica del fútbol en el equipo anterior tras dos años de inactividad y a esta edad ya no fue posible.

TABLA 3.- Registro de tareas

FECHA	TAREA	LUGAR	COMPAÑIA	TIEMPO	ANSIEDAD MAXIMA (0-10)	PENSAMIENTOS	OBSERVACIONES
8-VI	A C O M P A N A D O	Bar Higo	Mi padre	19:35 a 19:50	3	Me noto nervioso e inquieto, pero no tengo casi ganas de jugar.	He estado todo el día estudiando y es como si me olvidara de mi problema con el juego.
8-VI		Bar Malte	Mi hermana y mi cuñado	19:15 a 19:35	5	Estoy bastante nervioso. Tengo ganas de jugar pero la presencia de mis familiares hace que me controle. Si hubiera estado solo y con dinero, lo habría pasado bastante mal.	Observo que estoy muy inquieto y que incluso a veces estoy temblando. Pienso que mi deseo de dejar de jugar es lo que me hace controlarme. He estado hoy tenso.
11-VI	Y S I N D I N E R O	Bar Higo	Mi padre	19:00 a 19:20	1	Como no tengo ninguna posibilidad de jugar, no tengo casi ansiedad.	
12-VI		Bar Fermín	Mi hermana	21:30 a 21:50	1	"	Había un hombre jugando, tuvo muy buenas partidas y sacó un bingo (momento cumbre de ansiedad).
13-VI		Un bar en Bilbao	Mi cuñado	19:15 a 19:45	6	Estoy muy nervioso. Si estuviera solo, jugaría. Creo que es porque estoy en el ar de Bilbao donde más he jugado.	

En la 6ª sesión se preparó al paciente para la posibilidad de una recaída. Se conceptualizó la *recaída* en el marco de un proceso de extinción de conductas sólidamente ancladas en el repertorio del sujeto, se le explicó el fenómeno de la disonancia cognitiva que se suele presentar tras una primera *caída* y se le marcaron algunas pautas específicas de comportamiento. En concreto, si experimentaba una caída tenía que afrontar la situación y comentárselo rápidamente a su cuñado, así como pedir una nueva cita de inmediato con la terapeuta del Centro de Salud Mental. Se hacía hincapié en que era más sencillo detener la conducta de juego en el reinicio antes que intentar recuperar el dinero perdido jugando de nuevo. Hacer frente a los pensamientos irracionales es un aspecto fundamental. No hay que olvidar que el juego regular acaba por erosionar la racionalidad y que muchos sujetos están afectados por pensamientos mágicos e irracionales (Echeburúa, 1992).

RESULTADOS

Una vez terminadas las sesiones de tratamiento, se estableció un período de seguimiento de 2 años. Durante este tiempo se efectuaron varios controles -al cabo de 1, 3, 6, 12 y 24 meses- con el objetivo de comprobar si el paciente se mantenía abstinente, así como de evaluar otras variables relacionadas con la dependencia al juego.

El cambio terapéutico se evaluó por medio de la aplicación de medidas repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados antes del tratamiento. Los resultados referidos a todos los momentos de evaluación figuran en la *Tabla 4*.

En cuanto a la ludopatía propiamente dicha, los resultados indican una detención del hábito de juego, que se mantiene en todos los seguimientos, ya desde las primeras sesiones de tratamiento. Sólo existe en todo el período de seguimiento un episodio aislado de juego o *caída* de 2.000 pts, que tiene lugar en el 4º mes y que, sin embargo, no reinstaura el hábito de juego. Otras variables dependientes del juego, como el indicador subjetivo y la valoración del familiar, también muestran un porcentaje de mejoría clínica significativa (*Tabla 5*).

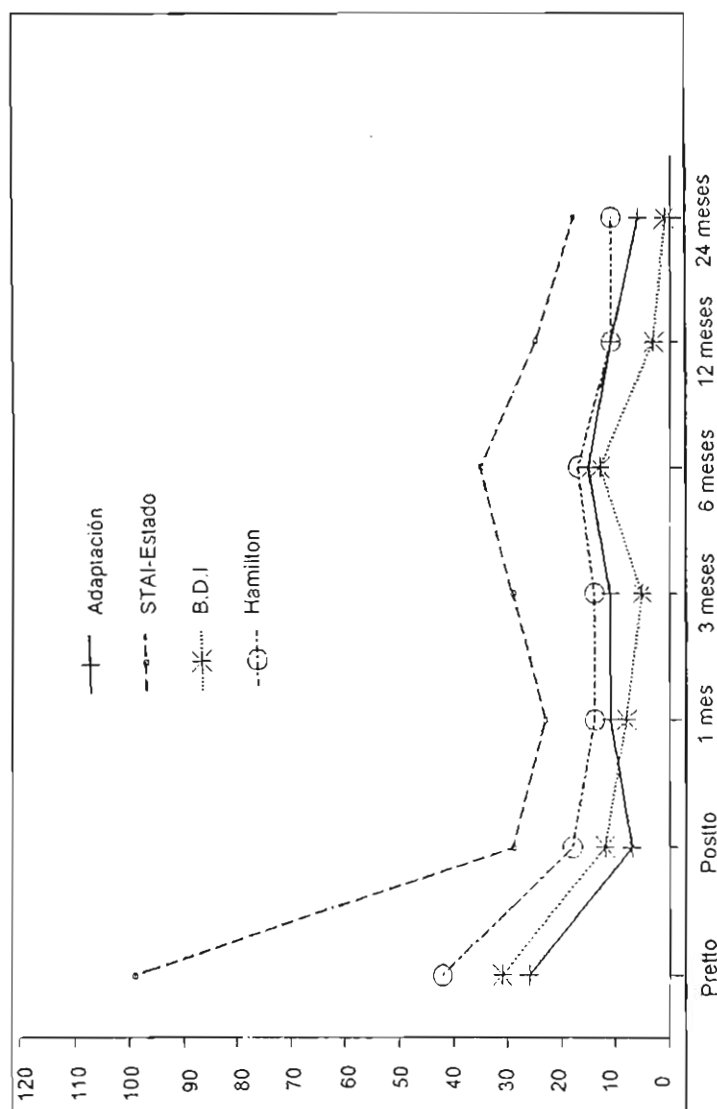
TABLA 4.- Resultados de los cuestionarios y escalas antes y después del tratamiento y durante los seguimientos (En meses)

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PUNTUACIONES						
	Pre	Post	1m	3m	6m	12m	24m
Frecuencia de juego/semana	3	0	0	0	0	0	0
Cantidad semanal gastada	5000	0	0	0	0	0	0
Horas semanales de juego	12	0	0	0	0	0	0
Indicador subjetivo	18	1	0	0	0	1	0
Valoración del familiar	14	2	2	2	2	3	2
Escala de adaptación	26	7	11	11	15	11	6
STAI-estado	99	29	23	29	35	25	18
BDI	31	12	8	5	13	3	1
Hamilton	42	18	14	14	17	11	11

TABLA 5.- Porcentaje de mejoría clínica después del tratamiento y a los doce y veinticuatro meses de seguimiento

ESCALAS	PRETTO.- POSTTO.	PRETTO.- 1 AÑO	PRETTO.- 2 AÑOS
Frecuencia de juego	100%	100%	100%
Cantidad de dinero	100%	100%	100%
Tiempo de juego	100%	100%	100%
Indicador subjetivo	89%	100%	100%
Valoración del familiar	86%	79%	86%
Escala de adaptación	73%	58%	77%
STAI-estado	71%	75%	82%
BDI	61%	90%	97%
Hamilton	57%	74%	74%

FIGURA 1.-



Con respecto al resto de las variables psicopatológicas evaluadas (ansiedad, depresión e inadaptación), se observa una mejoría clara tras el tratamiento, que tiende a mantenerse en los seguimientos e incluso a aumentar en el último seguimiento de los 24 meses. En este último momento el paciente se encuentra en 3º de carrera, mantiene contactos estables con amigos no jugadores y el tiempo de ocio le resulta satisfactorio. El pequeño retroceso registrado en la evaluación de los 6 meses en la mayor parte de las variables se debe, probablemente, al episodio aislado de juego que había tenido lugar mes y medio antes de esta evaluación (*Figura 1*).

Conviene señalar que esta mejoría se mantiene cuando el paciente ya no está sujeto a un control de estímulos y es él mismo el que administra ya su propio dinero, utiliza la tarjeta de crédito y los talones, así como entra en los bares y acude a cualquier tipo de lugar. La única restricción autoimpuesta es no relacionarse con amigos jugadores.

CONCLUSIONES

El comienzo del trastorno en jugadores jóvenes es algo distinto del observado en los ludópatas adultos. El caso descrito en estas páginas es bastante representativo de lo que ocurre en adolescentes varones: iniciación en el juego en un contexto grupal en máquinas recreativas de bingo que permiten compartir la apuesta y aumentar la duración de la partida.

Desde una perspectiva descriptiva, en este caso se constatan algunas características típicas de los ludópatas adolescentes, como la financiación del juego por parte de los padres y otros familiares (Huxley y Carroll, 1992). Más en concreto, el gasto del dinero destinado a necesidades básicas (comida, transporte, libros, etc.) y el robo en el seno familiar se dan en el 38,5% y en el 46,2% de los jugadores patológicos jóvenes (Fisher, 1993).

Como también ocurre en otros trastornos adictivos, la motivación para el tratamiento es escasa y fluctuante. Se observan en este caso los mecanismos de autoengaño, el abandono prematuro del primer tratamiento, los intentos de control de la conducta de juego por sí

mismo y, por último, el recurso al tratamiento por la presión de los padres.

La mayor falta de motivación para acudir al tratamiento en adolescentes en relación con los adultos puede ser debida a la menor gravedad del problema en este tipo de población. En concreto, en el estudio de Volberg y Steadman (1988) el porcentaje de jugadores patológicos entre los menores de 30 años era del 38% de la muestra, pero este grupo de edad sólo constituía el 18% de los pacientes que estaban en tratamiento. Esta situación, sin embargo, tiende a cambiar. A medida que la conciencia social del problema crece, son cada vez más los jóvenes -o sus familias- que solicitan tratamiento. De hecho, en Gran Bretaña el 25% de los nuevos miembros de *Jugadores Anónimos* son gente joven (Fisher, 1993); en el Centro de Salud Mental de Rentería, un 30% de los que piden ayuda terapéutica son menores de 30 años.

El control de estímulos es una técnica potente para conseguir la abstinencia inmediata, pero resulta insuficiente a largo plazo. La exposición con prevención de respuesta -ensayada con éxito en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo- es una técnica complementaria que sirve para dotar al paciente de una capacidad para resistir a los impulsos del juego y, en último término, para darle una mayor seguridad en su capacidad de control. A diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, en donde las sesiones de exposición tienden a ser muy largas, en el juego patológico la habituación a los estímulos expuestos se consigue en un plazo de tiempo más corto (entre 15 y 20 minutos).

La ansiedad experimentada en las tareas de exposición no corre necesariamente en paralelo con la complejidad de las tareas propuestas. En concreto, en los jugadores patológicos la ansiedad fluctúa en función de ciertas situaciones externas (por ejemplo, la presencia de alguien jugando a quien le toca un premio) o internas (por ejemplo, sentirse deprimido o abrumado por las deudas).

Cabe preguntarse cuáles son los factores responsables del cambio terapéutico. La remisión espontánea con el transcurso del tiempo -más aún en el caso de adolescentes- puede afectar a la conducta de juego, pero no así a las variables psicopatológicas implicadas (Echeburúa *et al.*, 1994a). En este caso concreto, tanto la historia

de juego del sujeto y los intentos fallidos por controlar la ludopatía como la evolución de las variables psicopatológicas permiten atribuir el éxito terapéutico al tratamiento.

La amplitud del seguimiento utilizado en este estudio -2 años- es inusual en otras investigaciones. Un grado de seguimiento tan prolongado se justifica en este caso por la juventud del paciente y la variabilidad habitual del repertorio de conductas en estas edades. Con períodos de seguimiento más breves no se pueden obtener conclusiones firmes.

Respecto a la evolución terapéutica, se constata en este caso que una *caída* no lleva necesariamente a la *recaída*, sobre todo cuando se ha hecho una preparación adecuada en el tratamiento (*sesiones 5ª y 6ª*), y que estas caídas suelen tener lugar en los primeros meses tras el alta, cuando la conducta de abstinencia se está fortaleciendo en el repertorio de conductas del sujeto (*cfr.* Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995). No deja de ser sorprendente la relación existente entre esta caída esporádica y el empeoramiento de las variables psicopatológicas, que no es sino un reflejo fiel de la estrecha conexión entre ludopatía, ansiedad, depresión e inadaptación.

Por último, desde una perspectiva de costes y beneficios, el programa propuesto es breve (con sólo 6 horas de contacto terapéutico en una duración total de 2 meses), está bien estructurado y se ha mostrado efectivo a largo plazo. Las investigaciones futuras deben ir encaminadas a determinar el peso específico de los componentes de este programa y, más en concreto, el de las estrategias de prevención de la recaída.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. Edition)*. Washington, D.C. Author.
- 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*, 75: 5-22
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An

- Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**: 561-571.
- Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, **4**: 7-20.
- Echeburúa, E. (1993a). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el crack al juego patológico?. *Psicología Conductual*, **1**: 321-337.
- Echeburúa, E. (1993b). *La ansiedad crónica: evaluación y tratamiento*. Madrid. Eudema.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994a). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. Graña (ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1994b). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (ed.). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994a). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, **20**: 617-643.
- 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*, **74**: 769-791.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Adaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*.
- Fisher, S. (1993). El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y el juego patológico en adolescentes: el Reino Unido como un caso de estudio. *Psicología Conductual*, **1**: 351-359.
- Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive Gamblers in Treatment. *British Journal of Psychiatry*, **140**: 364-366.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, **23**: 56-62.
- Huxley, J. y Carroll, D. (1992). A Survey of Fruit Machine Gambling in Adolescents. *Journal of Gambling Studies*, **8**: 167-179.
- Ladouceur, R. y Mireault, C. (1988). Gambling Behaviors among High School Students in the Quebec Area. *Journal of Gambling Behavior*, **4**: 3-12.

- Ladouceur, R.; Boisvert, J.M. y Dumont (1994). Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescent Pathological Gamblers. *Behavior Modification*, **18**: 230-242.
- Legarda J.J., Babio, R. y Abreu, J. M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addiction*, **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. *The American Journal of Psychiatry*, **144**: 1184-1189.
- Lesieur, H.R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C.M., Rubenstein, G., Moseley, K. y Mark, M. (1991). Gambling and Pathological Gambling among University Students. *Addictive Behaviors*, **16**: 517-527.
- Lesieur, H.R. y Klein, R. (1987). Pathological Gambling among High School Students. *Addictive Behavior*, **12**: 129-135.
- Marks, I. (1990). Behavioural (non-chemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, **85**: 1389-1394.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10: *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Editorial Meditor.
- Pursley, W.L. (1991). Adolescence, Chemical Dependency and Pathological Gambling. *Counseling The Chemically Dependent Adolescent*, **4**: 25-45.
- Spielberger, C.; Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual del Cuestionario de Ansiedad de Estado-Rasgo*. Madrid: TEA (ed.).
- 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.