

---

## PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LAS LUDOPATÍAS

---

Enrique Echeburúa\*, Paz de Corral\* y Pedro J. Amor\*\*

*\*Universidad del País Vasco.*

*\*\*Universidad Nacional de Educación a Distancia*

### RESUMEN

---

En este artículo se hace un análisis de las recaídas en el ámbito del juego patológico. Se revisan las variables precipitantes de la recaída, así como los predictores de los fracasos terapéuticos. Se propone un modelo cognitivo-conductual de intervención y se analizan los resultados obtenidos. Los estudios futuros deben hacer frente a nuevos retos, tales como centrarse en el objetivo del juego controlado como alternativa terapéutica o diseñar programas específicos para retener a los pacientes en el tratamiento y controlar las tasas de abandono.

**Palabras clave:** prevención de recaídas, juego patológico, predictores de éxito terapéutico.

### ABSTRACT

---

There is a need for better understanding of relapse in pathological gambling and this review attempts to do so. There is an analysis of situations that trigger the relapse, as well as of the predictors of therapeutic failure. A model of cognitive-behavioral intervention is proposed and the outcome of the program is analyzed. Future studies need to address new challenges in the current pathological gambling literature, such as to focus on the issue of responsible gambling as a therapeutic aim or to design interventions to improve compliance and reduce dropout rates during the psychological treatment of patients.

**Key words:** Relapse prevention. Pathological gambling. Predictors of therapeutic success.

## INTRODUCCIÓN

Los procesos de recaída en las adicciones se producen habitualmente en los tres primeros meses después de la terminación del tratamiento. Si una persona mantiene el control durante un período prolongado (uno o dos años), la probabilidad de recaída disminuye considerablemente. A medida que aumenta la duración de la abstinencia y que el paciente es capaz de hacer frente con éxito a las diversas situaciones presentadas en la vida cotidiana, experimenta una percepción de control que aumenta la expectativa de éxito en el futuro. El seguimiento del paciente para el control de la recaída debe hacerse, por término medio, durante uno o dos años (tabla 1).

Por lo que al juego patológico se refiere, el análisis de las recaídas tiene un interés añadido en relación con el resto de los trastornos adictivos. Al no existir una sustancia tóxica que sea responsable de la dependencia física y explique, al menos hasta cierto punto, la probabilidad de recaída, en la ludopatía es posible estudiar los factores puramente psicológicos implicados en tal fenómeno (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2000).

Los episodios de recaída en los trastornos adictivos suelen aparecer asociados frecuentemente a las mismas tres situaciones de alto riesgo: *estados emocionales negativos* (ansiedad, depresión, irritabilidad, etcétera), *conflictos interpersonales* (discusión con la pareja, dificultades en el trabajo, etcétera) y *presión social* (invitaciones a implicarse en la conducta adictiva, mantenimiento de amigos adictos, etcétera) (Marlatt y Gordon, 1985).

En el caso concreto del juego patológico se añaden otros factores de riesgo específicos. Así, en un estudio sobre las situaciones precipitantes de la recaída en la ludopatía (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999), los principales factores encontrados fueron, por orden de importancia, los siguientes: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos, el consumo abusivo de alcohol, el ansia por el juego (el "craving") y, por último, la presión social (tabla 2).

En concreto, casi la mitad de todas las recaídas se produjeron por un control inapropiado del dinero (disponibilidad de unos ingresos económicos inesperados, vigilancia excesiva del dinero por parte de la familia, terminación del pago de las deudas, etcétera). El segundo factor en importancia fue la presencia de estados emocionales negativos (aburrimiento/tristeza, ansiedad/estrés, ira/discusiones, etc.), que explicó el 25% de las recaídas. El resto de categorías (consumo abusivo de alcohol, "craving" y presión social), si bien fueron también importantes, dieron cuenta de un porcentaje menor de los fracasos terapéuticos.

TABLA 1

**Momento de la primera recaída tras el tratamiento en la ludopatía**

(Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999)

MOMENTO DE LA PRIMERA RECAÍDA			Frecuencia acumulada	
	N	(%)	N	(%)
1 mes	8	(38,1%)	8	(38,1%)
3 meses	6	(28,6%)	14	(66,7%)
6 meses	5	(23,8%)	19	(90,5%)
12 meses	2	(9,5%)	21	(100%)

TABLA 2

**Factores precipitantes de la recaída en los jugadores**

(Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1999)

Factores precipitantes	N	(%)
Manejo inadecuado del dinero	17	(48,6%)
Estados emocionales negativos	9	(25,7%)
Consumo abusivo de alcohol	5	(14,3%)
Avidez por el juego (" <i>craving</i> ")	2	(5,7%)
Presión social	2	(5,7%)

El estudio de los factores precipitantes es fundamental para el diseño de estrategias eficaces de prevención de las recaídas. En el ámbito del juego patológico existen pocos estudios en este sentido. Es inicialmente McCormick (1993) quien propone un plan de prevención de recaídas en la ludopatía. En este programa se incluye un análisis de los factores de predisposición a la recaída y se proporcionan a los jugadores estrategias básicas de afrontamiento, así como acciones específicas para llevar a cabo si ocurren las primeras caídas. Sin embargo, todavía no se dispone de información acerca de su eficacia.

Por otra parte, en cuanto a las variables predictoras de recaídas o de fracaso terapéutico, en las investigaciones de nuestro grupo la mayor edad del paciente estaba relacionada con el abandono de la terapia y la

menor satisfacción con el tratamiento, el mayor grado de consumo de alcohol y el neuroticismo, como variable de personalidad, eran predictores de fracaso terapéutico a largo plazo (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1995; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2001).

Otras variables predictoras de recaída encontradas en otros estudios son el bajo nivel de inteligencia (McCormick y Taber, 1991) y la mayor implicación en otras conductas adictivas en el pasado (no en el presente) (Zion, Tracy y Abell, 1991) (tabla 3).

### MODELO DE RECAÍDA: CAÍDAS Y RECAÍDAS

En general, la *caída* inicial suele tener lugar cuando un paciente no ha sabido identificar una situación determinada como de riesgo (por ejemplo, entrar en un bar con máquinas tragaperras para comprar tabaco) o no ha aplicado las estrategias de afrontamiento adecuadas (por ejemplo, rechazar una invitación a jugar) ante una situación imprevista. Este fallo inicial puede estar también facilitado por un estado de ánimo deprimido, por un conflicto personal, por el consumo de alcohol o por una distorsión cognitiva (por ejemplo, considerar que “*por una vez no va a pasar nada*”).

De la *caída* inicial –un episodio aislado– se puede pasar rápidamente a la recaída, que supone ya una vuelta a los niveles de juego anteriores al tratamiento. Lo que facilita la transición de una situación a otra es la percepción de fracaso del sujeto y la pérdida de confianza en sus habilidades para mantener el objetivo terapéutico propuesto (figura 1) (Marlatt y Gordon, 1985). De ahí la importancia de incluir en los programas de tratamiento técnicas específicas para prevenir las recaídas.

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

a) La *disonancia cognitiva* (Festinger, 1964). La ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva de uno mismo como abstinentes. El primer dinero invertido en el juego que sigue a un período de abstinencia suscita un estado emocional negativo de conflicto o culpa

TABLA 3	
Variables predictoras de las recaídas en el juego patológico	
AUTORES	VARIABLES PREDICTORAS
McCormick y Taber (1991)	Bajo nivel intelectual
Zion, Tracy y Abell (1991)	Mayor implicación en otras conductas adictivas en el pasado (no en el presente)
Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1995)	Insatisfacción con el tratamiento, menor antigüedad de la dependencia al juego y mayor neuroticismo. Mayor edad (predictora del abandono del tratamiento).
Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (2001)	Insatisfacción con el tratamiento, consumo abusivo de alcohol y mayor neuroticismo

Figura 1. Modelo psicológico del proceso de recaída



que puede reducirse por la repetición reiterada de la conducta adictiva (recuérdese el efecto ansiolítico y antidepresivo transitorio de la conducta de juego en los ludópatas) y por una reestructuración cognitiva de la autoimagen en consonancia con la recaída (por ejemplo: "*soy un desastre*", "*ya, de perdidos, al río*", "*no tengo solución*", etcétera).

b) Las *atribuciones de causalidad interna* (Jones, Kanouse, Kelley, Nisbett, Valins y Weiner, 1972). Los sujetos tienden a atribuir la recaída a una debilidad interna (por ejemplo, a la falta de "*fuerza de voluntad*" o a la insuficiente "*capacidad de control*" sobre las propias conductas). Esta atribución de inhabilidad personal reduce, en consecuencia, la resistencia a "*tentaciones*" posteriores, de donde deriva la pérdida de control.

Los efectos sumatorios de ambas reacciones aumentan la probabilidad de tener nuevas recaídas y de llegar, por tanto, a la pérdida de control. La intensidad del efecto de violación de la abstinencia depende de varios factores, tales como la duración del período de abstinencia (cuanto más largo, mayor es el efecto), el grado de compromiso personal o público (y el esfuerzo realizado) para mantener la abstinencia y la importancia de la conducta para el sujeto (Marlatt y Gordon, 1985).

## EVALUACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE SUFRIR UNA RECAÍDA

Para poder llevar a cabo adecuadamente una intervención en prevención de recaídas es necesario evaluar e identificar qué situaciones concretas son peligrosas para cada paciente, así como la percepción subjetiva que el sujeto tiene respecto a su capacidad para afrontarlas. En este sentido se presentan dos instrumentos de evaluación que son muy útiles para identificar las posibles situaciones precipitantes de la recaída y la capacidad subjetiva para afrontar cada una de ellas. Ambos instrumentos figuran en el apéndice.

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

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

## TRATAMIENTO DE LAS RECAÍDAS

La actuación terapéutica adecuada en este contexto implica, por un lado, el desarrollo de habilidades específicas para impedir la *caída inicial* (o para evitar la *recaída*, en el caso de que se haya producido una primera caída) y, por otro, la solución de los problemas específicos (ansiedad, depresión, problemas de pareja, etcétera), así como una intervención encaminada al cambio global del tipo de vida del paciente (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Los puntos de intervención para evitar las caídas iniciales son los siguientes (Marlatt y Gordon, 1985):

a) *Identificación de las situaciones de alto riesgo*. Prevenir la recaída implica enseñar al paciente a reconocer las situaciones específicas de alto riesgo y mantenerlo en una disposición de alerta cognitiva.

b) *Adopción de respuestas de enfrentamiento adecuadas a situaciones problemáticas*. Conviene enseñar a los sujetos las habilidades necesarias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo.

c) *Cambio de expectativas sobre las consecuencias positivas del juego*. Esta parte del programa implica la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo de la dependencia al juego, así como la actuación sobre algunos errores cognitivos (por ejemplo: "*por una vez que juegue, no me va a pasar nada malo*").

Una vez que el paciente ha aprendido a identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída, así como a implementar las estrategias más adecuadas para afrontarlas, es necesario recurrir a las técnicas de exposición. La persona no puede convertirse en un estrategia de la evitación, sobre todo porque el juego (especialmente las máquinas tragaperras) está muy extendido y presente en casi todos los lugares de ocio. En realidad, la recuperación total (objetiva y subjetiva) sólo se produce cuando el sujeto se expone a los indicios de riesgo y pone a prueba las estrategias

de afrontamiento aprendidas. La exposición a los indicios de riesgo debe hacerse inicialmente en compañía de alguna persona de confianza (familiar, amigo, etcétera). Hacerlo a solas es algo que debe intentarse sólo cuando ya se ha ensayado esta situación repetidas veces con otras personas y el paciente se encuentra seguro de sí mismo y de sus recursos para hacer frente a la situación (Edwards, 1986) (figura 2).

Más a largo plazo, para evitar el proceso de recaída conviene intervenir en dos aspectos fundamentales:

a) *Solución de problemas específicos*. Los problemas específicos pueden ser variables de unos casos a otros, pero hay algunos que son prácticamente constantes en todas las personas con problemas de juego: el exceso de ansiedad, el estado de ánimo deprimido, las discusiones familiares y de pareja, los problemas laborales, el abuso de alcohol, etcétera. Es difícil mantener la abstinencia del juego si no se interviene también en todos estos aspectos, ya que aumentan la probabilidad de que se produzca una recaída a medio y largo plazo. Por ello es necesario incluir durante el tratamiento la intervención en los problemas más específicos que presentan los jugadores.

Las posibles áreas de actuación incluyen autoafirmación, control del estrés, relajación, control de la ira, habilidades de comunicación y habilidades de solución de los problemas cotidianos.

b) *Cambio en el estilo de vida*. Un proceso profundo de cambio implica el establecimiento de nuevas metas de vida. La apatía facilita la añoranza del juego, los sentimientos de culpa y el estado de ánimo deprimido. Sólo un cambio de vida estable garantiza el mantenimiento de la abstinencia del juego a largo plazo. Sugerir al paciente la realización de un balance del *antes* y del *después* del tratamiento contribuye a mantenerlo motivado en el largo proceso de la abstinencia. De hecho, al tenerlo escrito, le permite releerlo en las situaciones de desánimo, cuando mayor es el riesgo de recaída, y remotivarse en estos momentos bajos.

En esta misma línea es necesario fomentar el establecimiento de conductas alternativas al juego que le sean gratificantes. Cuando una persona está implicada en una dependencia del juego, la mayor parte de las fuentes de satisfacción en la vida cotidiana procede de dicha adicción: la ocupación del tiempo libre, la interacción social con los amigos jugadores, el refuerzo de la posibilidad de obtener una ganancia, la excitación habida, etcétera. No es, por ello, extraño que un ludópata se sienta *vacío* cuando deja de jugar. Se trata, por tanto, de enseñar al paciente nuevas pautas de conducta que le generen una gratificación alternativa. De este

Figura 2. Niveles de recuperación en la prevención de recaídas

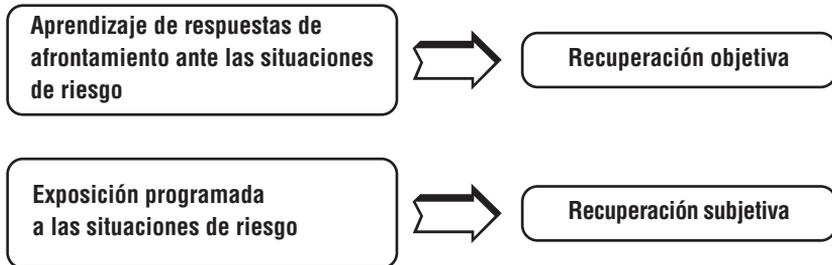


TABLA 4

Tasa de éxitos y resultados de  $X^2$  en los distintos momentos de evaluación N (N=69) (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000)

Evaluación	Tratamiento individual		Tratamiento grupal		Grupo de control		$X^2$
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Post.	23	(100%)	23	(100%)	21	(91,3%)	4,11
1 mes	22	(95,7%)	21	(91,3%)	17	(73,9%)	5,36
3 meses	21	(91,3%)	21	(91,3%)	14	(60,9%)	9,28 **
6 meses	20	(87%)	20	(87%)	13	(56,5%)	7,97 *
12 meses	19	(82,6%)	18	(78,3%)	12	(52,2%)	6,05 *

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

modo, estas nuevas conductas desempeñan un doble papel: a) ser incompatibles con la adicción, y b) ofrecer al sujeto vías atractivas y diferentes de obtener satisfacciones en la vida diaria.

En una investigación controlada reciente de Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1999, 2000) se puso a prueba la efectividad de dos modalidades de prevención de recaídas –grupal e individual– basadas en esta línea de actuación, en relación con un grupo de control. Para ello se utilizó una muestra de 69 jugadores tratados, en una fase previa, median-

te exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos. Posteriormente, una vez conseguida la abstinencia, recibieron la intervención en prevención de recaídas. Los resultados obtenidos en el seguimiento de los 12 meses mostraron la superioridad de los grupos terapéuticos en relación con el grupo de control (tabla 4). En concreto, en este seguimiento los dos grupos terapéuticos eran homogéneos entre sí, con una tasa de éxitos del 82% en la modalidad individual y del 78% en la grupal, y significativamente superiores al grupo de control (52%) ( $X^2=6,05$ ;  $p<0,05$ ). Una descripción detallada de la guía de tratamiento utilizada para la prevención de recaídas, con el diario de sesiones correspondiente y los instrumentos de evaluación empleados, puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

## CONCLUSIONES

En los últimos años se ha producido un avance importante en el estudio de las recaídas en el juego patológico. Hoy por hoy existen estudios –aunque todavía resultan insuficientes– relacionados con los tres aspectos fundamentales implicados en las recaídas: las variables predictoras, los factores precipitantes y las estrategias de intervención para su prevención.

Los primeros meses de seguimiento, una vez terminada la intervención terapéutica propiamente dicha, constituyen un momento crítico para el mantenimiento del cambio conductual conseguido con la terapia. De este modo, los programas de prevención de recaídas, aplicados una vez conseguida la abstinencia, pueden ser de gran importancia para el mantenimiento de la misma. Este tipo de intervenciones, en las que se prepara al paciente para afrontar las situaciones críticas de la vida cotidiana cuando ya se ha terminado el tratamiento, pueden reducir significativamente el número de recaídas en los primeros meses de seguimiento. No se debe olvidar que los jugadores patológicos presentan numerosas distorsiones cognitivas (cfr. Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996), que perduran habitualmente más allá de la intervención terapéutica y que pueden facilitar este tipo de fracasos iniciales.

Los estudios llevados a cabo hasta la fecha cuentan con una sobrerrepresentación de hombres. Las motivaciones para el juego no son, sin embargo, las mismas en uno y otro sexo. En concreto, los hombres tienden a jugar más por excitación y para ganar dinero; las mujeres, para

hacer frente a problemas personales (soledad, depresión, etcétera) y familiares (Raylu y Oei, 2002). Por ello, las estrategias para la prevención de recaídas conviene modularlas en función del sexo. Pero eso es algo que está aún por hacer.

Más allá de la prevención de recaídas, la retención de los pacientes durante el tratamiento constituye una prioridad. La tasa de abandonos puede oscilar en torno al 20% (Báez et al., 1995). Por ello, la entrevista motivacional y las estrategias adecuadas a las fases del cambio del paciente, según el modelo de Prochaska y DiClemente (1982), constituyen un camino prometedor. En este sentido ha habido un primer estudio exploratorio aplicando este enfoque para mejorar la retención de los pacientes en el tratamiento cognitivo-conductual de la ludopatía (Milton, Crino, Hunt y Prosser, 2002). Los resultados son todavía inconcluyentes.

Por último hay un interés actual por analizar la viabilidad del juego controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento de la ludopatía (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet y Leblond, 2003). Los resultados obtenidos no son concluyentes. Quizá sea este un objetivo válido para ciertos pacientes (los jugadores problemáticos), pero no para otros (los ludópatas propiamente dichos). Lo que se ha estudiado hasta la fecha con la prevención de recaídas partía del objetivo terapéutico de la abstinencia. Se requieren nuevos estudios con este tema cuando la meta del tratamiento sea el juego controlado.

---

**Correspondencia:**

Enrique Echuburúa

Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco

Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián

E-mail: [eecheburua@ss.ehu.es](mailto:eecheburua@ss.ehu.es)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Báez, C.; Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta* 21:5-22.
- Echeburúa, E.; Amor, P.J., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Las recaídas en el juego patológico: identificación y prevención. En: M. Lameiras y J.M. Faílde (Eds.). *La psicología clínica y de la salud en el Siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid. Dykinson.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta* 25:375-403.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behavior Therapy* 31:351-364.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in pathological gamblers following behavioural treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 29:369-373.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México. Trillas.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). *Manual del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Montalvo, J.; Báez, C., y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 37:13-23.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E., y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 4:115-121.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, Decission and Dissonance*. Stanford. Stanford University Press.
- Jones, E.E.; Kanouse, D.E.; Kelley, H.H.; Nisbett, R.E.; Valins, S., y Wiener, L. (Eds.) (1972). *Attribution: Perceiving the Causes of Behaviors*. Morristown, N.J. General Learning Press.
- Ladouceur, R.; Sylvain, C.; Boutin, C.; Lachance, S.; Doucet, C., y Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy* 41:587-596.

- Marlatt, G.A., y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York. Guilford Press.
- McCormick, R.A. (1993). La selección de tratamientos para los jugadores patológicos basados en factores clínicamente significativos. *Psicología Conductual* 1:441-454.
- McCormick, R.A., y Taber, J.I. (1991). Follow-up of male pathological gamblers after treatment: The relationship of intellectual variables to relapse. *Journal of Gambling Studies* 7:99-108.
- Milton, S.; Crino, R.; Hunt, C., y Prosser, E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 18:207-229.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1982). Thanstheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19:276-288.
- Raylu, N., y Oei, T. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 22:1009-1061.
- Zion, M.M.; Tracy, E., y Abell, N. (1991). Examining the relationship between spousal involvement in Gam-Anom and relapse behaviors in pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 7:117-131.

## APÉNDICE

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA RECAÍDA

#### INVENTARIO DE SITUACIONES PRECIPITANTES DE LA RECAÍDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL JUEGO PATOLÓGICO (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

A continuación aparece una lista de situaciones que a algunas personas les producen ganas de jugar. Conteste a cada una de ellas en función de si usted considera que es una situación "*muy peligrosa*", "*bastante peligrosa*", "*poco peligrosa*" o "*nada peligrosa*" para volver a jugar. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategias ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando paso por un local de juego o por un bar con máquinas tragaperras.

—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

2. Cuando estoy con otras personas que están jugando.

—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

3. Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurre.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

4. Cuando estoy muy nervioso.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

5. Cuando empiezo a pensar que jugar una vez no me hará daño.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

6. Cuando me siento deprimido.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

7. Cuando tengo problemas en el trabajo.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

8. Cuando siento que me regañan injustamente.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

9. Cuando estoy muy contento.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

10. Cuando tengo dinero disponible para gastar.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

11. Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que jugaba.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

12. Cuando hay riñas y peleas en casa.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

13. Cuando estoy irritado o me siento frustrado.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

14. Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

15. Cuando estoy aburrido.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

16. Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y jugar una vez para ver si controlo mi juego.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

17. Cuando la máquina está "caliente".

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

18. Cuando tengo una deuda que no me he atrevido a confesar.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:

19. Cuando me encuentro con una nueva máquina que no conocía.

—	—	—	—
—	—	—	—
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

Estrategia de afrontamiento utilizada:



A continuación especifique otras situaciones que no aparecen en este cuestionario y que a usted le han supuesto un alto riesgo de recaída. Indique también cómo afrontó dichas situaciones.

Situación 1:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 2:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

Situación 3:

Estrategia de afrontamiento utilizada:

## REGISTRO DE SITUACIONES DE ALTO RIESGO PARA LA RECAÍDA

(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

<b>Situación</b>	<b>Grado de riesgo (0-10)</b>	<b>Capacidad subjetiva (0-10)</b>	<b>Estrategia de afrontamiento utilizadas</b>
<b>Observaciones:</b>			