

Arousal, disociación y cognición en el juego normal y problemático

Iain Brown
University of Glasgow

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la implicación del arousal y de los estados disociativos como factores desencadenantes y mantenedores en el juego normal y problemático. Asimismo, se revisa la alexitimia como posible rasgo de vulnerabilidad al juego patológico o como consecuencia del mismo.

Palabras clave: juego patológico, arousal, estados disociativos y alexitimia.

The aim of this report was to study the involvement of arousal and dissociative states as factors that trigger and maintain normal and problem gambling. Furthermore, alexithymia was reviewed as a possible vulnerability trait of pathological gambling or as consequence of the same.

Key words: pathological gambling, arousal, dissociative states, alexithymia.

En primer lugar, quisiera focalizar su atención hacia un conjunto de hechos, de lo más misterioso y fascinante, que se han constatado últimamente con respecto a nuestros conocimientos y comprensión sobre la adicción al juego en concreto, y a las adicciones en general. Hace doce años, en California, Jugadores Anónimos publicó los resultados de una encuesta realizada a pacientes por el psicólogo americano Dewey Jacobs (Jacobs, 1984). El trabajo se basó en los resultados sobre las preguntas de la encuesta que hacían referencia a lo que este mismo autor denominó «estados similares a la disociación» experimentados durante el juego. En aquella encuesta, y en otra posterior realizada a asistentes de Jugadores Anónimos y a pacientes que estaban ingresados y que seguían un pro-

grama de tratamiento para el juego patológico, introdujo cuatro preguntas con el fin de descubrir posibles experiencias de disociación durante el juego. Los jugadores contestaron acerca de si habían experimentado o no las siguientes sensaciones : 1) sensación de haber entrado en un estado de trance; (2) sensación de estar fuera de ellos mismos mientras jugaban, como si fueran un espectador; (3) sensación de haber asumido otra identidad; (4) sensación de amnesia temporal.

TABLA 1. LAS CUATRO PREGUNTAS DE JACOB SOBRE LA DISOCIACIÓN

<i>Cuando juega, con qué frecuencia siente que:</i>				
(a) ha permanecido en un estado hipnótico	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Siempre
(b) ha estado fuera de sí, viéndose a sí mismo jugar	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Siempre
(c) ha asumido una nueva identidad y se siente una persona diferente	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Siempre
(d) ha experimentado una amnesia	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Siempre

En los estudios iniciales de Jacobs (Jacobs, 1984; 1986), aproximadamente un 60% de los sujetos pertenecientes a la Asociación de Jugadores Anónimos contestaron afirmativamente a cada una de estas preguntas, mientras que en el caso de los pacientes ingresados se observó que un 90% afirmó que se sentían como si hubieran entrado en un estado de trance después de un episodio de juego.

Kuley y Jacobs (1988) administraron las cuatro preguntas a 30 jugadores patológicos pertenecientes a Jugadores Anónimos y los compararon con 30 jugadores sociales. Los resultados de este estudio mostraron que los jugadores problemáticos tuvieron un número significativamente más elevado de experiencias disociativas que los jugadores sociales ($p < .01$) y había correlaciones significativas ($p < .01$) entre el grado de implicación a la adicción al juego y el número de afirmaciones de disociación. Por ejemplo, el 20% de jugadores adictos declararon haber tenido, al menos, una amnesia temporal de un episodio de juego, mientras que el 97% de jugadores sociales comunicaron que nunca habían tenido tal experiencia.

Jacobs (1986) administró su cuestionario a personas con problemas de alcohol, a pacientes con un trastorno de la alimentación y a un grupo control. Halló diferencias significativas en el número de experiencias disociativas entre los grupos con un problema de adicción y el grupo control.

Jacobs sugirió que la negación y la fantasía fueron utilizadas por los jugadores para enfrentarse a frustraciones de la infancia y de la adolescencia. Poste-

riormente, estos aspectos les llevaron a una implicación en el juego y, sobre todo, a lo que él definió como «estados similares a la disociación experimentados mientras se juega». Jacobs creía que los estados elevados de *arousal* asociados al juego podrían contribuir a un estado de disociación, que permitiría a los jugadores liberarse de sus conflictos emocionales utilizando la fantasía. El mismo autor sostuvo que una sustancia o actividad potencialmente adictiva enmascara la realidad, disminuye la autocrítica y la autoconsciencia y permite tener ilusiones sobre uno mismo.

En los últimos años, autores como Brown (1994) en el Reino Unido, Lesieur y Rosenthal (1994) en los EEUU y Hudak (1994) también en los EEUU, han corroborado que el juego y otras adicciones se ven acompañadas a menudo por episodios de disociación como los descritos por Jacobs en 1986.

Brown (1994) realizó una revisión de algunos artículos americanos publicados en revistas especializadas sobre el trastorno de personalidad múltiple (TPM) o trastorno de identidad disociativo (TID), tal y como ahora se le denomina en el DSM-IV (APA, 1995), y que se ha convertido en un tema de polémica respecto a su prevalencia e incluso a su existencia, ya que tanto los psiquiatras como los psicólogos británicos se muestran escépticos, casi de forma unánime (Ross, 1989).

Parece existir cierta conexión entre la conducta disociativa y la adictiva. Putnam, Guroff, Silberman, Barban y Post (1986) en su encuesta sobre 100 casos diagnosticados de TPM para el *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Salud Mental), informaron que más del 55% de la muestra había sido también diagnosticado con anterioridad de abuso de sustancias. La existencia de un abuso de sustancias específico en este tipo de personalidad se constató en el 53% de los pacientes de la muestra. Constataron abuso de diversos tóxicos en el 30% de sujetos, abuso de excitantes en el 28% y abuso de alcohol en el 27%. Esto representa la existencia de una comorbilidad significativa entre los problemas de abuso de sustancias y el trastorno de la personalidad múltiple.

Otro aspecto de interés es el fenómeno de la amnesia debida al consumo de alcohol. Ross (1989) identificó que algunas amnesias alcohólicas habían empezado, aparentemente, antes del consumo de alcohol. Ello le llevó a concluir que en un porcentaje de pacientes, este tipo de amnesias no eran desencadenadas por las alteraciones fisiológicas propias del consumo de alcohol excesivo, sino por otras variables de tipo psicosocial y tal vez por el hecho de haber aprendido que el consumo de alcohol desencadena estos episodios de disociación.

En la literatura sobre adicciones, también se ha podido establecer la conexión existente entre abuso de sustancias y juego patológico (Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983; Lesieur y Heinman, 1988; y Lesieur y Blume, 1991).

El diagnóstico de juego patológico no se estudió en la muestra de 100 pacientes con personalidad múltiple de Putnam *et al.* (1986). Sin embargo, y de haberlo estudiado, Brown (1994) predijo que era probable que se hubiera hallado una asociación entre el TPM/TID y la adicción al juego.

La medida utilizada de forma más generalizada, más fiable y más válida de las experiencias de disociación en poblaciones normales y clínicas, es la Escala de Experiencias Disociativas (EED) (Bernstein y Putnam, 1986). Brown (1994) administró la EED a una muestra de jugadores que asistía a reuniones de

Jugadores Anónimos y a una muestra de jugadores sociales. Las puntuaciones de los jugadores adictos (media = 32.9, DE = 17.2) fueron significativamente más elevadas que aquellas de los jugadores sociales (media = 18.3, DE = 10.3). La prueba t de Student para comparación de medias fue de 3.886 con $p < 0.0005$. Sin embargo, la EED podía producir distribuciones significativamente sesgadas, según los propios autores (Bernstein y Putnam, 1986). Por ello, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon-Mann-Whitney, y confirmó que, por muy sesgada que fuera la distribución, los jugadores adictos (suma Rank = 929; puntuación media = 29.1) puntuaron significativamente más alto que los jugadores sociales (suma Rank = 611; puntuación media = 10.9) con $z = 3.39$ y $p < 0.0005$ (una cola) (véase Tabla 2).

Siguiendo el trabajo de Jacobs (1986), de la década previa, Brown (1994) administró su cuestionario con los cuatro items, a los que anteriormente se ha hecho referencia, a sus dos muestras de jugadores patológicos y sociales. Se utilizó una prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney, y se constató que los jugadores patoló-

TABLA 2. PORCENTAJES DE JUGADORES SOCIALES Y ADICTOS QUE CONTESTARON POSITIVAMENTE A LAS CUATRO PREGUNTAS DE JACOB

<i>PUNTUACIONES EED DE LOS GRUPOS ADICTOS Y SOCIALES</i>			
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mediana</i>
Jugadores adictos	32.9	17.2	29.1
Jugadores sociales	18.9	10.3	10.9
Prueba t de Student = 3.886; $p < 0.0005$. Wilcoxon-Man-Whitney $z = -3.39$; $p < 0.0005$.			
<i>PUNTUACIONES AGREGADAS DE LAS CUATRO PREGUNTAS DE JACOB WILCOXON-MAN-WHITNEY U</i>			
	<i>Suma de Rango</i>		
Jugadores adictos	1122.0		
Jugadores sociales	474.0		
$z = -5.78$; $p < 0.0000001$.			
<i>PORCENTAJES DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS CUATRO PREGUNTAS DE JACOB</i>			
	<i>Adictos</i>	<i>Sociales</i>	
Estado hipnótico	81%	17%	
Otra identidad	70%	10%	
Fuera de sí mismo	52%	7%	
Amnesia	44%	0%	
<i>RESPUESTAS MODALES A LAS CUATRO PREGUNTAS DE JACOB ENTRE JUGADORES ADICTOS Y SOCIALES</i>			
	<i>Adictos</i>	<i>Sociales</i>	
Estado hipnótico	Ocasionalmente (67%)	Nunca (55%)	
Fuera de sí mismo	Ocasionalmente (52%)	Nunca (90%)	
Otra identidad	Siempre (41%)	Nunca (66%)	
Amnesia	Nunca (37%)	Nunca (97%)	

gicos (suma Rank=1122.0) puntuaron significativamente más alto que los jugadores sociales (suma Rank= 474.0) con $Z = -5.78$ y $p < 0.0000001$ (una cola), como puede verse en la Tabla 2.

Las respuestas de los jugadores patológicos fueron las siguientes, tal y como puede observarse en la misma tabla: (a) Un 67% de la muestra había sentido ocasionalmente como si hubiera entrado en estado de trance; (b) un 52% había sentido alguna vez estar fuera de sí mismo; (c) un 41% manifestaba sentir siempre que había asumido una nueva identidad mientras jugaba; (d) un 37% consideraba que nunca había experimentado una amnesia temporal. Las respuestas de los jugadores sociales fueron las siguientes: (a) un 55% de la muestra nunca había entrado en estado de trance; (b) un 90% nunca se había sentido fuera de sí; (c) un 66% nunca había asumido una nueva identidad; (d) un 97% nunca había experimentado una amnesia temporal.

Por otra parte, las respuestas al cuestionario de Jacobs (1984), puntuadas de forma ordinal, y los resultados de la EED se correlacionaron con toda la muestra (Spearman's Rho = 0.431, $p < 0.025$) y para cada grupo de jugadores patológicos (Spearman's Rho = 0.401, $p < 0.025$) y de jugadores sociales (Spearman's Rho = 0.398, $p < 0.025$).

Asimismo, Lesieur y Rosenthal (1994) habían ido estudiando las experiencias fisiológicas y disociativas en una amplia muestra de jugadores patológicos comparada con una muestra de sujetos dependientes de sustancias, que no presentaban problemas de juego asociados. Su estudio incluía sólo tres de las cuatro preguntas de Jacobs (1984). Como se puede ver en la Tabla 3, el 77% de los jugadores patológicos afirmaba haber experimentado un estado de trance mientras jugaba. El 46% de ellos lo experimentó en más de diez ocasiones, en contraste con sólo el 16% de los dependientes de sustancias que experimentó estos episodios. Además, de estos sujetos que habían sentido estar en estado de trance, menos del 1% lo describieron más de diez veces. Asimismo, el 50% de los jugadores patológicos experimentó sentirse fuera de sí mismo mientras jugaba, de éstos un 20% lo había sentido en más de diez ocasiones, en contraste con el 5% del otro grupo. No hallándose ningún sujeto de este segundo grupo de dependientes de sustancias que hubiera experimentado este estado más de diez veces.

Lesieur y Rosenthal (1994) investigaron amnesias temporales vinculadas al juego en tres situaciones diferentes: justo antes de jugar, durante el juego y justo después de jugar. Se trataba de un planteamiento muy interesante, puesto que los demás trabajos basados en el cuestionario de Jacobs (Jacobs, 1986; Kuley y Jacobs, 1988; Brown, 1994 y Hudak 1994) no habían diferenciado si estos episodios se producían en un momento determinado del juego. Sin embargo, aunque resulta difícil hacer comparaciones se observaron las mismas tendencias. Lesieur (1994), como se puede observar en la Tabla 3, omitió la pregunta de Jacobs sobre la experiencia de asumir una nueva identidad y sentirse una persona diferente pero añadió una quinta pregunta sobre la experiencia de reunir dinero de forma inconsciente para jugar, al principio de un episodio de juego, y luego «volver en sí» al final del episodio como si despertarse de un sueño. De los jugadores patológicos, al 33% les había ocurrido tal experiencia, el 10% expresaron que la habían experimentado más de diez veces y, en contraste, sólo al 4% de los jugadores no pato-

TABLA 3. REACCIONES SEMEJANTES A LA DISOCIACIÓN EN JUGADORES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS (DE LESIEUR Y ROSENTHAL)

Reacciones semejantes a la disociación		Nunca n (%)	1-2 veces n (%)	3-10 veces n (%)	11+ veces n (%)
<i>Estado hipnótico durante el juego</i>					
Adictos a sustancias		226 (85.0)	32 (12.0)	6 (2.7)	2 (0.8)
Jugadores patológicos	(a)	51 (22.3)	38 (16.6)	34 (12.8)	106 (46.3)
<i>Sentirse fuera de sí mismo durante el juego</i>					
Adictos a sustancias		251 (94.4)	13 (4.9)	2 (0.8)	0
Jugadores patológicos	(b)	116 (49.6)	37 (15.8)	34 (14.5)	47 (201)
<i>Amnesia justo antes de jugar</i>					
Adictos a sustancias		261 (97.4)	5 (1.9)	2 (0.7)	0
Jugadores patológicos	(c)	172 (73.8)	25 (10.7)	18 (7.7)	18 (7.7)
<i>Amnesia mientras se juega</i>					
Adictos a sustancias		262 (99.2)	2 (0.8)	0	0
Jugadores patológicos	(d)	153 (65.1)	29 (12.3)	21 (8.9)	32 (13.6)
<i>Amnesia justo después de jugar</i>					
Adictos a sustancias		261 (99.2)	2 (0.8)	0	0
Jugadores patológicos	(e)	154 (65.5)	28 (11.9)	25 (10.6)	28 (11.9)
<i>Inconsciente de conseguir dinero, después «volvió en sí»</i>					
Adictos a sustancias		259 (97.4)	4 (1.5)	3 (1.1)	0
Jugadores patológicos	(f)	159 (67.4)	31 (13.1)	23 (9.7)	23 (9.7)

(a) $r=.66$, $n=495$, $p<.001$; (b) $r=.49$, $n=500$, $p<.001$; (c) $r=.32$, $n=501$, $p<.001$; (d) $r=.40$, $n=499$, $p<.001$; (e) $r=.40$, $n=498$, $p<.001$; (f) $r=.36$, $n=502$, $p<.001$

TABLA 4. ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES FISIOLÓGICAS CON LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE JUEGO (DE LESIEUR Y ROSENTHAL)

Variables dependientes	Predictor significativo	Beta; sig. t
Experiencias fisiológicas durante el juego, en el último año de juego	Criterios DSM-IV	.576 $p<.001$
Experiencias fisiológicas negativas durante el juego, en el último año de juego	Criterios DSM-IV	.428 $p<.001$
Experiencias disociativas relacionadas con el juego	Criterios DSM-IV	.604 $p<.001$
Totalidad de síntomas de abstinencia relacionados con el juego (agitación, irritabilidad)	Criterios DSM-IV	.579 $p<.001$
Síntomas psicológicos de abstinencia (agitación, irritabilidad)	Criterios DSM-IV	.703 $p<.001$
Síntomas fisiológicos de abstinencia	Criterios DSM-IV	.266 $p<.01$

lógicos les había sucedido. Todas estas diferencias, incluidas las de experiencias de amnesias temporales, distinguieron a los jugadores patológicos de los no patológicos en $p < .001$. Asimismo, la investigación de Lesieur y Rosenthal (1994) sobre los fenómenos disociativos, sólo fue una parte de una investigación más amplia sobre experiencias fisiológicas durante el juego, la tolerancia fisiológica (experiencias físicas negativas en el último año de juego) y sintomatología psíquica y física de abstinencia. Utilizando un modelo estadístico de regresión múltiple, obtuvieron fuertes correlaciones estadísticas ($p < .001$) entre estas variables y los criterios del DSM-IV para juego patológico (véase Tabla 4).

Otro estudio realizado en la Costa Este de los EEUU coincide en sus resultados con los trabajos previos. Hudak (1994) administró el cuestionario de Jacobs (1984) a una amplia muestra de jugadores patológicos, obtenida de centros de tratamiento del área de Washington DC y de varias reuniones de Jugadores Anónimos. Este estudio incluyó también medidas de autoestima y de estabilidad del concepto de uno mismo, que ya habían sido contempladas por Jacobs (1986) en su descripción del Síndrome de Personalidad Adictiva.

TABLA 5. RESPUESTAS A LAS CUATRO PREGUNTAS DE JACOB EN LA MUESTRA DE HUDAK DE JUGADORES PATOLÓGICOS (DE HUDAK)

Item	Porcentaje
Estado hipnótico	78.7%
Amnesia	36.0%
Fuera de sí	56.0%
Otra identidad	68.0%

Puede comprobarse que la frecuencia de experiencias disociativas coincide con la descrita por Jacobs (1986) años antes. Comparando estos resultados con los obtenidos por Brown (1994) y por Lesieur y Rosenthal (1994) se observan porcentajes similares (véase Tabla 6).

TABLA 6. COMPARACIÓN DE LAS MUESTRAS DE JACOB, BROWN Y HUDAK SOBRE LAS RESPUESTAS DE JUGADORES ADICTOS A LAS CUATRO PREGUNTAS DE JACOB, Y LOS HALLAZGOS DE LESIEUR Y ROSENTHAL

Respuestas relacionadas con la disociación descritas como ocurriendo «ocasionalmente» o «todo el rato»	Porcentaje contestado			
	Jacobs N=121	Brown N=27	Hudak N=96	Lesieur y Rosenthal N=266
Estado hipnótico	79%	81%	79%	77%
Otra identidad	79%	70%	68%	N/C
Fuera de sí	50%	52%	56%	50%
Amnesia	38%	44%	36%	N/C

Estos datos son altamente sugestivos, ya que se han corroborado en estudios de más de tres lugares diferentes, muy distantes y realizados por cuatro grupos distintos de investigadores, quienes pocas veces estaban en contacto y se encontraron a menudo con estos fenómenos cuando sus objetivos de estudio eran otros. Incluso a partir de un solo estudio, las diferencias en las puntuaciones EED entre los jugadores adictos y los sociales resultaban significativas hasta niveles inusuales de probabilidad en ciencias sociales. Con frecuencia, los sociólogos buscan amparo en muestras grandes para que efectos relativamente débiles puedan ser detectados; los psicólogos, igualmente, aceptan que los efectos especialmente fuertes pueden surgir más claramente a partir de muestras relativamente pequeñas, siempre y cuando tengan distribuciones normales.

Las correlaciones significativas entre el cuestionario de Jacobs (1984) y las puntuaciones de la EED encontradas en el estudio de Brown (1994) sugieren que las primeras miden el mismo tipo de fenómeno que los ítems de la EED. De esto podría deducirse que las dos líneas de investigación, una basada en las adicciones al juego y la otra basada en la disociación y la personalidad múltiple, pueden estar tratando fenómenos semejantes o relacionados. Hay un solapamiento potencial entre los fenómenos disociativos en toda la gama de los trastornos disociativos reconocidos por el DSM-IV y la adicción al juego. Este vínculo se extiende, probablemente, a las conductas adictivas en general.

Las preguntas de Jacobs (1984) se centran en la disociación ocurrida durante la conducta de juego, pero los resultados de la EED en el estudio de Brown (1994) indican que la disociación en los jugadores ocurre también fuera de la situación de juego. La puntuación EED media ($x=29.1$) encontrada en el estudio de Brown (1994) para los jugadores adictos se aproximaba a las puntuaciones medias de los pacientes con trastorno de estrés postraumático encontradas en la muestra de estandarización de Bernstein y Putnam (1986) ($x=31.25$), pero no alcanza la media que obtuvieron los trastornos de personalidad múltiple. Esta puntuación estaría claramente fuera del rango normal para adultos (la puntuación media de la muestra de estandarización de Bernstein y Putnam (1986) para adultos normales es de 4.38) e incluso los alcohólicos tendrían sólo una media de 4.72.

Estos datos estadísticos nos sugieren que este fenómeno de la disociación es, por lo menos, tan importante para entender el juego y las adicciones al juego como lo es el fenómeno del *arousal*. Los significados estadísticos y las evidencias son tan interesantes como lo fue la evidencia del *arousal* a principios de la década de los 80.

Otras preguntas que se plantean en torno a estos fenómenos de tipo disociativo son las características de frecuencia, intensidad o calidad de estos episodios y sus diferencias en función de la gravedad de la conducta de juego. Fuera del ámbito de esta conducta, el estudio de los fenómenos de disociación está actualmente en auge. Parece claro que la mayor parte de los fenómenos disociativos son normales y bastante comunes. Entre los jugadores, algunos pueden experimentar disociación a causa de una necesidad imperante de escapar. Lesieur y Rosenthal (1994) encontraron una asociación entre los fenómenos disociativos y los problemas de relación interpersonal, en su muestra de jugadores patológicos. A estos jugadores se les puede comprender mejor utilizando los conoci-

mientos obtenidos en el estudio de trastornos de estrés postraumático. Puede existir cierto paralelismo entre los estados disociativos que se presentan en los dos trastornos, existiendo también cierta relación entre gravedad de la conducta o del trastorno y experiencia disociativa. Ello explicaría que los jugadores patológicos presenten en mayor medida estos estados disociativos, en comparación con los jugadores sociales.

Se ha escrito mucho al respecto de los trastornos disociativos y parecen existir evidencias sobre el hecho de que los que disocian, especialmente los individuos con trastorno de identidad disociativo, son susceptibles a la hipnosis y la asociación entre puntuaciones altas en la EED. Asimismo, la alta hipnotizabilidad ha sido demostrada en los trastornos de la alimentación (Covino, Jimer-son, Wolfe, Franko y Frankel, 1994) que, como algunos autores consideran, tampoco se hallan tan alejados de los trastornos adictivos (Szmukler y Tantam, 1984). Es probable que, incluso la mayor parte de jugadores sociales, muestren los efectos de una desrealización sistemática, generada quizá por los ambientes artificiales diseñados por la industria del juego para inducir niveles de estados hipnóticos leves. Oldman (1974), sociólogo escocés que trabajaba como «croupier», observó que muchos de sus clientes asumían nuevos papeles e identidades en la mesa de juego. Tal rutina de inducción auto-hipnótica puede desarrollarse en algunas semanas y puede reforzarse con los años, haciéndose muy efectiva. Estos estados levemente disociados pueden ser experimentados con una sensación de placer, que comportan un elevado *arousal*, así como sensaciones de poder personal y omnipotencia (podría estar asociado al hecho de ser hombre de mediana edad y sentirse todavía atractivo para las personas del sexo opuesto). Pero, con mucha probabilidad, la mayor parte de jugadores habituales son personas que aprenden a controlar su nivel de *arousal* a través del juego, como sucede en otras adicciones como en el tabaquismo o en el alcoholismo (Brown, 1993, 1994, 1996).

Se plantea la pregunta de si la disociación es un estado en el cual el juego y el *arousal* provocan una sensación de placer, de la que el jugador disfruta a medida que su adicción se desarrolla, pero que después se convierte en algo sobre lo que tiene cada vez menos control. Es probable que sea muy difícil reproducir esta situación en un entorno artificial, para estudiarlo en un laboratorio. Sin embargo, si es un fenómeno auto-hipnótico sería posible imitarlo con la ayuda de un profesional. No obstante, es posible estudiar estos fenómenos en el ambiente de juego real con la ayuda de equipo móvil.

La primera cuestión en torno al papel de la disociación y del *arousal* es si se trata de un estado de bienestar que se busca y para el cual el adicto desarrolla un deseo adquirido. La segunda, es si se ha encontrado un factor importante de predisposición, de vulnerabilidad para la adicción al juego; si el adicto potencial al juego es diferente al individuo que permanece como un jugador social toda su vida, precisamente porque dispone de una facilidad para experimentar estados disociativos, tal vez a través del *arousal* elevado y de la auto-hipnosis.

Dos hechos apoyan que la disociación sea un fenómeno hipnótico. Uno de ellos sería la evidencia de que las puntuaciones en la Escala de Experiencias Disociativas (EED) son más altas en la adolescencia que en la edad adulta. Otro, se-

ría que la adolescencia es también la etapa en la que, generalmente, los potenciales adictos al juego empiezan a intervenir.

Estos hallazgos de experiencias disociativas durante la conducta de juego pueden sugerir que la disociación sea un epifenómeno en el elevado grado de *arousal* y provoque una reducción de la atención e incremente la probabilidad de la aparición de estados disociativos, con la consiguiente alteración tanto de los estados cognitivos como de la capacidad de decisión (Brown, 1986, 1993, 1994, 1996).

Este modelo explicativo de los fenómenos de excitación y disociación coincide con la teoría general de Brown sobre las adicciones (Brown, 1986). Según esta teoría, la adicción al juego se explicaría en base a que los individuos, en un esfuerzo por mantener un nivel continuo de sentimientos de bienestar, malograrían su repertorio de actividades, desarrollando procesos psicológicos reiterativos y un estilo de vida de planificación a corto plazo para solucionar crisis.

Este modelo de adicciones reconoce: 1) Una gama de vulnerabilidades individuales que pueden diferenciarse de una adicción a otra, 2) un conjunto de condiciones que rigen la elección del individuo a la adicción, 3) la necesidad de delimitar la frontera entre conductas adictivas y otros trastornos mentales (trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos del control del impulso,..), y 4) la ambivalencia que experimentan los individuos con problemas de tipo adictivo ante la resolución de los mismos (la adicción refuerza y castiga a la vez). Pero, una de sus propuestas centrales es que todos los adictos, desde sus actividades adictivas, desarrollan una motivación adquirida hacia un estado objetivo, un estado específico de excitación que va acompañado de un elevado tono hedónico de bienestar que, de forma repetida, intentan alcanzar y mantener indefinidamente.

Alexitimia como factor de vulnerabilidad y como consecuencia

En la búsqueda de la identificación de la experiencia disociativa de los jugadores adictos, se ha descrito la implicación de la alexitimia. Originalmente, ésta era considerada una característica común en pacientes que desarrollaban trastornos psicósomáticos como el asma, la colitis ulcerosa, la urticaria, las úlceras duodenales, etc. (Sifneos, 1972). La idea era que estos pacientes tenían dificultades para procesar e incluso para ser conscientes de sentimientos negativos y, por lo tanto, se veían forzados a expresarlos generando síntomas psicósomáticos (Sifneos, 1973; Shands, 1975). Actualmente, se utiliza la Escala de Alexitimia de Toronto para medir objetivamente este rasgo psicológico (TAS-20) (Bagby, Parker y Taylor, 1994a; Bagby, Parker y Taylor, 1994b; Haviland y Reise, 1996). La formulación clínica del concepto incluye cuatro características distintas: *a*) dificultad para identificar y describir sentimientos, *b*) dificultad para describir sentimientos sobre las sensaciones corporales que provoca el *arousal*, *c*) disminución de la fantasía y *d*) un estilo cognitivo operativo o externo (Nemiah, Freyberger y Sifneos, 1976; Nemiah y Sifneos, 1970). Se han propuesto varias descripciones de la estructura de factores de la escala TAS-20 (Haviland,

Shaw, Cummings y MacMurray, 1988; Morrison y Pihl, 1989; Hendrix, Haviland y Shaw, 1991; Haviland y Reise, 1996), pero los autores coinciden en describir tres factores principales intercorrelacionados: *a*) dificultad para identificar sentimientos (DIS), *b*) dificultad para describir sentimientos (DDS) y *c*) ideación orientada externamente (IOE) que implica pobre capacidad de fantasía.

La alexitimia parece ser un concepto distinto de la depresión (James, Parker, Bagby y Taylor, 1991; Wise, Mann y Hill, 1991) aunque, entre los consumidores de sustancias, las puntuaciones de la escala TAS-20 parecen correlacionar con los niveles de ansiedad y depresión (Haviland, MacMurray y Cummings, 1988; Haviland, Shaw, Cummings y MacMurray 1988; Hendryx, Haviland y Shaw, 1991). Una investigación reciente ha encontrado alexitimia elevada entre pacientes con trastornos adictivos y compulsivos como el alcoholismo, el abuso de cocaína y los atracones, en los trastornos alimentarios (Finn, Martin y Pihl, 1987; Kauhanen, Julkunen y Salonen, 1992; Haviland, Hendryx, Shaw y Hendry, 1994; Pinard, Negrete, Annable y Audet, 1996). Asimismo la alexitimia parece ser un factor pronóstico del tratamiento de distintas conductas adictivas (De Groot, Rodin y Olmsted, 1995; Keller, Carroll, Nich y Rounsaville, 1995).

Recientemente, Lumley y Roby (1995) han establecido que la alexitimia, tal como la mide la TAS-20, estaba presente en el 31% de los individuos diagnosticados de jugadores patológicos por el *South Oaks Gambling Screen* (Lesieur y Blume, 1987, 1993) en una muestra amplia de jóvenes adultos, en contraste con sólo el 11% de sujetos controles. Tanto los aspectos afectivos como los cognitivos de la alexitimia fueron asociados con problemas de juego y la relación fue independiente de la depresión, presentándola únicamente los sujetos de raza caucásica.

Es difícil determinar la relación entre la alexitimia y la adicción al juego. La alexitimia podría ser una consecuencia del juego excesivo, en el sentido de que quizás el jugador únicamente percibe las fuertes reacciones emocionales asociadas a los problemas de juego, desatendiendo el resto de emociones. Lumley y Roby (1995) sugieren que probablemente la alexitimia podría ser un factor de vulnerabilidad para el juego. Siguiendo el Modelo de la Personalidad Adictiva de Jacobs, la alexitimia podría definirse como un estado crónico de baja activación. Esto indicaría que los individuos alexitímicos jugarían para conseguir, a través de las fuertes reacciones emocionales que desencadena el juego, un estado óptimo de activación interna. Si esto es cierto, entonces, como señalan Lumley y Roby (1995), los jugadores adictos podrían beneficiarse de un tratamiento que mejorara la consciencia, comprensión y control de las emociones negativas.

El papel del *arousal*

Finalmente, la teoría sobre la adicción al juego, dentro del marco de la teoría general de adicciones, sitúa el papel del *arousal* y su experiencia subjetiva como el núcleo de los fenómenos psicológicos que mantienen la conducta adictiva al juego. Desde el momento en que la literatura científica se interesó por el

papel del arousal en el juego (Boyd, 1976), fueron apareciendo trabajos que confirmaban su importancia como factor de predisposición psicobiológico (Anderson y Brown, 1984; Leary y Dickerson, 1985; Roy, Adinoff, Roehrich, Lamparski, Custer, Lorenz, Babaccia, Guidotti, Costa y Linnoila, 1988; Roy, Custer, Lorenz y Linnoila, 1989; Roy, De Jong y Linnoila, 1989). Si, según mi propia teoría general de las adicciones (Brown, 1986), el objetivo de toda actividad adictiva es conseguir un estado emocional de bienestar, entonces la excitación presente en todo juego es realmente el medio a través del cual se logra.

Parece que el hecho de arriesgar el dinero y la perspectiva de ganar o perder podría ser utilizada como un medio para conseguir el nivel de excitación deseado. Pero es probable que la excitación general inducida de tal modo sea experimentada y utilizada de maneras distintas, según los distintos subgrupos de jugadores patológicos diferenciados en base a los factores de predisposición específicos que presenten.

En primer lugar, podría identificarse un subgrupo que se definiría como de «eufóricos», que conseguirían sentirse optimistas, poderosos y enérgicos a través de la excitación que les provocaría el juego. Probablemente son los grandes buscadores de sensaciones que se encuentran principalmente en casinos y en las pistas de carreras de caballos (Coventry y Brown, 1993). En este subgrupo podrían incluirse también los jugadores que utilizan el juego como un eutimizante para contrarrestar estados depresivos (McCormick, Russo, Ramírez y Taber, 1984).

En segundo lugar, existiría otro subgrupo que aún no ha sido bien estudiado. Son, a menudo, hombres jóvenes, jugadores de máquinas recreativas con premio que adoptan una actitud ambivalente hacia la máquina. Esto es, luchan con una determinada máquina, empeñándose en ganar a través de un sistema de juego específico (el sistema de juego y apuestas que piensan que nunca les falla) y cuando fracasan consumen alcohol de forma excesiva o intentan provocar daños materiales en el local. Su baja autoestima parece estar más implicada de lo normal en el proceso del juego y parecen buscar la sensación de triunfo y la autojustificación a través de ganar el premio. En las raras ocasiones en las que ganan, experimentan una sensación de triunfo muy placentera, posiblemente porque su autoimagen es muy frágil.

En tercer lugar, el subgrupo de los individuos para los que el hecho de arriesgar el dinero y la anticipación de ganar se utiliza para elevar el *arousal* que sirve como una vía de escape e incluso de disociación. Por eso, la experiencia que buscan repetir puede ser la de una concentración irreflexiva, inconsciente y sin emoción de una actividad en estado alexitímico, y las tendencias hacia la alexitimia pueden considerarse un factor de vulnerabilidad. Para ellos, el juego se convierte en la forma de conseguir una elevada excitación y un estado de ingratitud psicológico a través de la disociación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edit.) DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association.

- Anderson, G. & Brown, R.I.F. (1984). Real and Laboratory Gambling, Sensation Seeking and Arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. & Taylor, G.J. (1994a). The Twenty Item Toronto Alexithymia Scale- I. Item Selection and Cross Validation of the Factor Structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. & Taylor, G.J. (1994b). The Twenty Item Toronto Alexithymia Scale- II. Convergent, Discriminant and Scoring Validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bernstein, E.M. & Putman, F.W. (1986). Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of nervous and mental Disease*, 174, 727-735.
- Boyd, W.H. (1976). Excitement: the Gambler's Drug. In W.R. Eadington (Ed), *Gambling and Society*. Springfield, Illinois; Thomas.
- Brown, R.I.F. (1986). Arousal and Sensation-Seeking Components in The General Explanation of Gambling and Gambling Addictions. *The International Journal of the Addictions*, 21 (9&10), 1101-1016.
- Brown, R.I.F. (1993b). The Roles of Arousal, Cognitive Distorsions and Sensation Seeking in Gambling Addictions. *Psicologia Conductual*, 1, 375-388.
- Brown, R.I.F. (1994). *Dissociation Phenomena Among Normal and Addicted Gamblers*. Comunicación presentada en el 9th International Conference on Gambling and Risk-Taking, Las Vegas, Junio 1994.
- Brown, R.I.F. (1996, en prensa). A Theoretical Model of the Behavioural Addictions- Applied to Offending. In John Hodge, Marry McMurrin & Clive R. Hollins (Eds), *Addicted to Crime?* Chichester: Wiley.
- Coventry, K.R. & Brown, R.I.F. (1993). Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 88, 541-554.
- Covino, N.A., Jimerson, P.C., Wolfe, B.E., Franko, D.L. & Frankel, F.H. (1994) Hypnotizability, Dissociation and Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 455-459.
- De Groote, J., Rodin, G. & Olmstead, M. (1995). Alexithymia, Depression and Treatment Outcome in Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 53-60.
- Finn, P.R., Martin, J. & Pihl, R.O. (1987). Alexithymia in Males at High Genetic Risk for Alcoholism. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 18-21.
- Haviland, M.G. & Reise, S.P. (1996). Structure of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Personality Assessment*, 66, 116-125.
- Haviland, M.G., Hendryx, M.S., Shaw, D.G. & Henry, J.P. (1994). Alexithymia in Women and Men Hospitalised for Psychoactive Substance Dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 124-128.
- Haviland, M.G., MacMurray, J.P. & Cummings, M.A. (1988). The Relationship between Alexithymia and Depressive Symptoms in a Sample of Newly Abstinent Alcoholic Inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49, 37-40.
- Haviland, M.G., Shaw, D.G.; Cummings, M.A. & MacMurray, J.P. (1988). Alexithymia: Subscales and Relationships to Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164-170.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G. & Shaw, D.G. (1991). Dimensions of Alexithymia and Their Relationships to Anxiety and Depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227-237.
- Hudak, C.J. (1994). *Pathological Gambling and Self Concept Theory: An Investigation of the Validity of the Addictive Personality Syndrome*. Comunicación presentada en el 9th International Conference on Gambling and Risk Taking, Las Vegas, Junio 1994.
- Jacobs, D.F. (1984). Study by Dr. Durand Jacobs, Survey Results. In *Sharing Recovery through Gamblers Anonymous* (pp. 227-233). Los Angeles: Gamblers Anonymous Publishing, Inc..
- Jacobs, D.F. (1986). A General Theory of Addictions: A New Theoretical Model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.
- James, D.A., Parker, R., Bagby, M. & Taylor, G.J. (1991). Alexithymia and Depression; Distinct or Overlapping Constructs? *Comprehensive Psychiatric*, 32, 387-294.
- Kauhanen, J., Julkunen, J. & Salonen, J.T. (1992). Coping with Inner Feelings and Stress: Heavy Alcohol Use in the Context of Alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18, 121-126.
- Keller, D.S., Carroll, K.M., Nick, C. & Rounsaville, B.J. (1995). Alexithymia in Cocaine Abusers. Response to Psychotherapy and Pharmacotherapy. *American Journal on Addictions*, 4, 234-244.
- Kuley, N.B. & Jacobs, D.F. (1988). The Relationship Between Dissociative-Like Experiences and Sensation Seeking among Social Gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 197-207.
- Leary, K. & Dickerson, M. (1985). Levels of Arousal in High-and low- frequency gamblers. *Behavioural Research Support Therapy*, 23 (6), 635-640.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur, H.R. & Heineman, M. (1988). Pathological gambling Among Youthful Multiple Substance Abusers in a Therapeutic Community. *British Journal of Addiction*, 83, 765-771.

- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in Different Settings. *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-223.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1991). When Lady Luck Loses: The Female Pathological Gambler. In N. Bandenberg (Ed.), *Feminist Perspectives on Treating Addictions*. New York: Springer.
- Lesieur, H.R. & Rosenthal, R. (1994). *Self Reported Physiological and Dissociative Experiences among Pathological Gamblers*. Comunicación presentada en Gambling Behavior of the National Council on Problem Gambling, Seattle, julio 1994.
- Lumley, M.A. & Roby, K.J. (1995). Alexithymia and Pathological Gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 201-206.
- McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramírez, L.F. & Taber, J.I. (1984). Affective Disorders among Pathological Gamblers Seeking Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- Morrison, S.L. & Pihl, R.O. (1989). Psychometrics of the Schalling-Sifneos and Toronto Alexithymia Scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 83-90.
- Nemiah, J.C. & Sifneos, P.E. (1970). Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders. In O.W. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (vol. 2, pp. 26-34). London: Butterworths.
- Nemiah, J.C., Freyberger, H. & Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A View of the Psychosomatic Process. In O.W. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* (vol. 3, pp. 430-439). London: Butterworths.
- Oldman, D.J. (1974). Chance and Skill; A Study of Roulette. *Sociology*, 8, 407-426.
- Pinard, L., Negrete, J.C., Annable, L. & Audet, N. (1996). Alexithymia in Substance Abusers: Persistence and Correlates of Variance. *American Journal on Addictions*, 5, 32-39.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silerman, E.K., Baran, L. & Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (6), 285-293.
- Ramírez, L.F., McCormick, R.A., Russo, A.M. & Taber, J.I. (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behaviours*, 8, 425-428.
- Ross, C.A. (1989). *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment*. New York: Wiley.
- Roy, A., Adinoff, B., Roehrich, L., Lamparski, D., Custer, R., Lorenz, V., Barbaccia, M., Guidotti, A., Costa, E. & Linnoila, M. (1988). Pathological Gambling: A Psychobiological Study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 369-371.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V. & Linnoila, M. (1989). Personality Factors and Pathological Gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 37-39.
- Roy, A., De Jong, J. & Linnoila, M. (1989). Extraversion in Pathological Gamblers: Correlates with Indexes of Noradrenergic Function. *Archives of General Psychiatry*, 46, 679-681.
- Shands, H.C. (1975). How are «Psychosomatic» Patients Different from «Psychoneurotic» Patients? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 270-285.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P.E. (1973). The Prevalence of «Alexithymic» Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Szmukler, J.I. & Tantam, D. (1984). Anorexia Nervosa: Starvation Dependence. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 303-310.
- Wise, T.N., Mann, L.S. & Hill, B. (1991). Alexithymia and Depressed Mood in Psychiatric Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 26-31.