

UNIVERSITAT JAUME I



Psicopatología de personalidad y juego patológico

Trabajo Final de Grado

GRADO EN PSICOLOGÍA

Alumna: Balma Moliner Castellano

DNI: 20909613-Z

Tutora: Azucena García Palacios

Convocatoria: Julio de 2015

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
Concepto y características del juego patológico.....	8
Modelos explicativos.....	9
Causas y comorbilidad	11
Prevalencia.....	12
Mantenedores del problema de juego: Distorsiones cognitivas	13
Perfil de los jugadores patológicos	14
Objetivos del presente estudio.....	14
Hipótesis planteadas	15
¿Por qué el Juego Patológico?.....	16
MÉTODO.....	16
Participantes	16
Material.....	16
Diseño y procedimiento.....	17
Análisis estadístico-matemático	18
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	29
Anexo I. Descripción detallada de los instrumentos utilizados en la evaluación.....	29
Anexo II. Información personal de cada paciente	36

RESUMEN

El juego patológico (JP) es un problema de salud que comporta graves consecuencias a las personas que lo padecen y a sus familiares. Se ha observado que existe una relación entre el JP y determinados factores de personalidad y sintomatología clínica, que podrían actuar tanto de mantenedores como de predisponentes. El principal objetivo del presente estudio es comprobar la relación entre el JP y los trastornos de personalidad, en una muestra de pacientes con diagnóstico de juego patológico pertenecientes a la asociación PATIM. Por otro lado, se establecen objetivos concretos como conocer la relación del JP con las variables impulsividad, ansiedad, depresión y búsqueda de sensaciones; y conocer cuáles son los perfiles de personalidad patológica y la sintomatología clínica que más se relacionan con el JP. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio correlacional en el que se utilizan el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), la Escala de Búsqueda de Sensaciones forma V (SSS-V), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los principales resultados de este estudio muestran que existe correlación del JP con patrones clínicos de personalidad y con síndromes clínicos determinados. Además, cabe destacar una importante predisposición genética del JP con trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias y/o alcohol. Finalmente, mencionar que, en nuestra muestra, las variables que alargarían en mayor medida la duración del juego patológico serían el síndrome clínico de ansiedad, el trastorno del pensamiento y el estrés post-traumático, siendo esta última la que mayor impacto tendría.

Palabras clave: Juego patológico, trastornos de personalidad, síndromes clínicos, SOGS, MCMI-III.

ABSTRACT

Pathological gambling (PG) is a health problem that implies serious consequences for people who suffer from it and their families. It has been observed that there is a relation between the PG and certain personality factors and clinical symptoms, which could act as an underlying factor or maintaining factor. The main objective of this study is to confirm the relation between PG and personality disorders in a sample of patients diagnosed with pathological gambling, belonging to the PATIM association. On the other hand, specific objectives are established as to know the relation between PG and the variables of impulsivity, anxiety, depression and sensation seeking; and to know which are the most strongly pathological personality profiles and clinical symptoms associated with PG. For this objective, it has carried out a correlational

study in which are used the South Oaks Gambling Screen (SOGS), the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III), the Barratt Impulsiveness Scale (BIS -11), the Sensation Seeking Scale, form V (SSS-V), the Beck Depression Inventory (BDI) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). The main results of this study show that there is a correlation between PG and clinical personality patterns and specific clinical syndromes. Besides, it notes an important genetic predisposition of PG with mood disorders, personality disorders and substance or alcohol disorders. Finally, it is important to mention that, in our sample, the variables that stretch on the pathological gambling length would be the clinical syndrome of anxiety, thought disorder and post-traumatic stress, being this last variable which has the biggest impact on PG.

Keywords: Pathological Gambling, personality disorders, clinic syndromes, SOGS, MCMI-III.

EXTENDED SUMMARY

Pathological gambling (PG) is a health problem that implies serious consequences for people who suffer from it and their families. This is a highly disabling disorder, which presents progressive, repetitive and chronic form, which affects and damages all areas of the individuals' life, exposing them to a negative impact on the social, professional and individual levels. In the latest revision of the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), pathological gambling is considered an addictive disorder, on the contrast to how it is focused on the DSM-IV-TR (2001), which regarded it as a disorder without impulse control.

A literature review of various studies have shown, in general, that there is a comorbidity between pathological gambling and affective and mood disorders; personality disorders, being the most common the cluster B disorders of the DSM-IV-TR (antisocial, borderline, histrionic and narcissistic disorders) (Jiménez-Murcia et al, 2009; Fernández & Echeburúa, 2006; Segarra et al., 2010), as well as disorders related to drug and alcohol abuse (Jiménez-Murcia et al, 2009; Ortiz-Tallo et al, 2011; Fernández & Echeburúa, 2006; Odlaug et al, 2013). Last but not least, in PG we highlight the continue thoughts during the play and the cognitive biases (Iancu, 2008). These biased and wrong thoughts, such as the illusion of control, superstitions, predictions or biased assessment, are both maintaining and underlying factors in pathological gamblers.

This empirical study is correlational because it tries to investigate the relation between pathological gambling and personality disorders in a particular sample (man between 20 and 50 years) diagnosed of pathological gambling, belonging to PATIM (Intervention in Integration in Addictions and other Behaviours Association) in Castellón. On the other hand, specific

objectives are established and introduce other correlated variables, such as knowing the relation between PG and impulsivity, anxiety, depression and seeking sensation variables; know which are the most strongly pathological personality profiles and clinical syndromes associated with PG; and know the typical clinical symptoms of pathological gamblers.

Therefore, we passed certain tests, spending among one and two sessions per patient, in order to establish correlations and then compare the different variables of interest. The evaluation carried out in the same association, in a classroom assigned for it, and always respecting the patients' schedule that they had agreed with the therapist (one session per week). Pathological gambling was evaluated with the South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987; spanish validation from Echeburúa, Báez, Fernandez-Montalvo & Páez, 1994). Moreover, the presence of personality disorders and clinical syndromes were evaluated by applying the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III); personality variables were evaluated with the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), for the impulsivity trait; and Sensation Seeking Scale, form V (SSS-V), for the trait of sensation seeking. Regarding the psychopathological variables, the presence and severity of depressive symptoms and the levels of state and trait anxiety were evaluated by Beck Depression Inventory (BDI) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), respectively.

The main results of the study confirm that pathological gamblers have a tendency of pathological traits of impulsivity and sensation seeking, substance dependence and anxiety symptoms, although it rejects the presence of important depressive symptoms and alcohol consumption. Regarding personality disorders, the results show a clear prevalence of certain pathological personality patterns, being those aggressive (sadistic), bipolar, oppositional (passive-aggressive) and paranoid patterns. On the other hand, if we focus on the problem gambling length, the variables that would stretch in on are the clinical anxiety syndrome, thought disorder and post-traumatic stress, being this last one the variable which has the most impact on PG. This suggests that people who have symptoms of post-traumatic stress disorder (characterized by the continued presence of anxiety) have a tendency to develop their own techniques to handle stress and anxiety symptoms, one of them being the use of the gambling to reduce them. Furthermore, it has been found that pathological gambling appears between some members of the same family and it is happened in a faster manner than many other psychiatric and behavioural disorders.

Therefore, these findings point to the importance of the psychological approach of pathological gambling, because it has been observed that, despite the important physical and psychological complications associated with pathological gambling, it is possible to restore the normal functioning in patients with the suitable treatments. There are previous studies such as the

Echeburúa, Salaberría & Cross-Sáez (2013) study, which confirm that individual or group cognitive-behavioural therapy with relapse prevention is the first treatment line for PG, along with drug treatment in a complementary way in specific conditions, showing a successful rate between 50% and 80% in treated patients.

INTRODUCCIÓN

Concepto y características del juego patológico

El juego patológico (JP) es un problema de salud que comporta graves consecuencias a las personas que lo padecen y a sus familiares. Se trata de un trastorno altamente incapacitante, que cursa de forma progresiva, repetitiva y crónica, y que afecta y deteriora todas las áreas de la vida del individuo, exponiéndole a consecuencias negativas en el plano social, profesional e individual.

En la última revisión del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el juego patológico o ludopatía se considera como un trastorno adictivo, a diferencia de cómo lo enfocaba el DSM-IV-TR (2001), que lo consideraba como un trastorno por falta de control de impulsos. El hecho de que, actualmente, se considere el JP un trastorno adictivo implica que se acepte, por parte de la comunidad científica, que es un problema grave, en el que se genera una dependencia acompañada de un síndrome de abstinencia y fenómeno de tolerancia, como ocurre en el resto de dependencias (alcoholismo, tabaquismo, etc.).

Por tanto, la ludopatía es un tipo de adicción sin drogas. Las adicciones, tal como menciona el DSM-5 (APA, 2013), no se limitan exclusivamente a las conductas problemáticas generadas por algunas sustancias químicas (opiáceos, estimulantes, la nicotina, el alcohol, etc.). Las conductas normales, como implicarse en juegos de apuestas, conectarse a Internet o recurrir a las redes sociales, pueden ir acompañadas de usos anormales en función de la intensidad, frecuencia, cantidad de dinero invertida y el grado de interferencia negativa en las relaciones familiares, sociales y laborales/académicas de las personas implicadas (Echeburúa y Corral, 2008). Las adicciones sin drogas funcionan, en unos casos, como conductas sobreaprendidas que traen consigo consecuencias negativas y se adquieren a fuerza de repetir comportamientos que en un principio resultan agradables; y en otros, como estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas personales.

Resulta evidente que el juego puede afectar a cualquier persona, pero de alguna manera sí se podría realizar una pequeña concreción de las **características personales**, resultados de varios estudios realizados hasta el momento, que podría ayudar a conocer diferentes elementos que se dan en las personas (Cameo & López del Hoyo, 2012):

- *Edad media*: En los últimos años, se está tendiendo a una disminución de ésta, siendo el número de jugadores jóvenes cada vez mayor; lo cual probablemente tenga que ver con la comorbilidad con otro tipo de sustancias, como el alcohol o el tabaco.
- *Sexo*: Existen ligeras variaciones en la proporción de hombres y mujeres jugadores, manteniéndose las diferencias con respecto al mayor grupo de hombres.

- *Nivel de estudios:* La mayoría de las personas tienen un bajo nivel de estudios, sin embargo, sí que se ha ido dando una evolución con la que ha ido disminuyendo el porcentaje de personas con estudios básicos para ir incrementándose el de las personas con estudios medios.
- *Estado civil:* El mayor porcentaje de jugadores lo conforman los casados, siendo casi el doble que los solteros. Puede resultar curioso el hecho de que no sean superiores los números de separaciones y divorcios, ya que es una de las adicciones en la que menos se dan, a pesar de que las consecuencias negativas repercuten en la pareja, familia y entorno más cercano.
- *Profesión:* Los obreros no cualificados son un grupo importante dentro de las personas que solicitan ayuda, junto con una elevada proporción de vendedores, representantes y funcionarios.
- *Situación laboral:* Predominan aquellos que tienen un trabajo fijo, seguidos de los que se encuentran en el paro. Las mujeres que solicitan ayuda son, generalmente, amas de casa.
- *Ingresos:* La mayoría trabajan y disponen de ingresos propios, sin embargo, existe un alto porcentaje de jugadores que no dispone de ingresos propios, obteniendo el dinero principalmente a través de la familia y personas cercanas.

Modelos explicativos

La etiología de la ludopatía, al igual que de la mayoría de los trastornos psicológicos, es multicausal, es decir, no se puede destacar un único factor que pueda actuar como origen del trastorno. Con respecto a los **modelos explicativos** que han aparecido para explicar el trastorno, hay que destacar el hecho de que, por lo general, la mayor parte de éstos han dado su visión sobre los factores que pueden causar la ludopatía, mantenerla y al mismo tiempo, contribuir a su desaparición.

En la tabla 1 se resumen los modelos más relevantes (Cameo & López del Hoyo, 2012).

Tabla 1: Modelos explicativos de la ludopatía.

AUTOR/ES	PROPUESTA
Bandura (1977)	Las conductas de juego se adquieren y se mantienen a través del modelado. Este modelo es importante a la hora de explicar los casos en los que alguno de los progenitores ha presentado JP, y el ludópata ha adquirido esa conducta por medio de un proceso de imitación.
Ellis (1973)	La adicción al juego se crea y mantiene al eliminar de forma rápida la ansiedad experimentada en un momento determinado con la conducta del juego, convirtiéndose éste en un reductor del estrés y un escudo a la hora de tener que enfrentar situaciones conflictivas o de hacer frente a los problemas.
Jacobs (1986)	Identifica una serie de factores fisiológicos que hacen que un sujeto pueda desarrollar una adicción. De modo que aquellas personas con un estado de arousal anormal (excitados o deprimidos), presuntamente heredados, corren un mayor riesgo de adquirir la adicción. Por otro lado, la adicción se identificaría con un estado psicológico caracterizado por sentimientos de inferioridad, insatisfacción e inutilidad, que podría ser minimizado por el propio sujeto mediante la idea de “control” sobre el juego y a las creencias o sesgos cognitivos.
Blaszczynsky et al., (1986)	Se basa principalmente en factores de tipo biológico, que podrían predisponer a algunas personas a conductas, como el juego, lo cual unido a factores de tipo social, como una exposición temprana o una alta disponibilidad, podrían llegar a crear la adicción. El jugador estaría dentro de un círculo vicioso, en el que busca en el juego una situación óptima de bienestar debido a la sensación negativa que la abstinencia y las consecuencias negativas del juego provocan.
Brown, (1986)	La activación es inherente al juego y actúa como reforzante. Aquellas personas para las que una baja activación resulta desagradable y que descubren el poder reforzante de la conducta adictiva, tenderá a repetirla cada vez más. Esto dará lugar al “síndrome de abstinencia” durante los periodos en los que no se

	lleve a cabo la conducta de juego. El nivel de arousal elevado produce un estrechamiento de la atención, lo que contribuye a la aparición de cogniciones erróneas y estados de confusión, permitiendo escapar de otras preocupaciones (refuerzo negativo).
McCorminck y Ramírez, (1988)	Modelo integrador basado en la teoría de la personalidad y considerando los siguientes elementos predisponentes: predisposición/vulnerabilidad biológica, fracaso en la socialización, situaciones estresantes durante las primeras etapas de la vida y posteriormente y estilo de personalidad.
Ochoa y Labrador (1994)	Pese a las consecuencias negativas del juego, éste se puede mantener. Basándose en la sensación de “síndrome de abstinencia” que se da en el jugador en los periodos en los que no puede acceder al juego, se podría considerar que ese mantenimiento de la conducta se debe principalmente a razones psicológicas, pudiendo ser explicado por el valor reforzante del juego, el aumento de la activación psicofisiológica, el mecanismo de ejecución conceptual y las alteraciones cognitivas.

Entre las teorías más aceptadas actualmente están las basadas en la existencia de alteraciones en la activación fisiológica previa (Jacobs, 1986) y en el papel reforzante como un modo de conseguir el equilibrio en el arousal (Brown, 1986). Las más relevantes, por tanto, son la de Brown y la de Jacobs, mencionadas en la tabla.

Causas y comorbilidad

Al igual que cualquier adicción, las **causas** del JP son multifactoriales (Domínguez, 2009). Entre varios estudios de prevalencia, encontramos uno que, de entrada, resalta el placer por el juego como una de las características principales del jugador patológico, junto con una serie de aspectos de personalidad que parecen repetirse (impulsividad, poca tolerancia a la frustración, necesidad de una recompensa inmediata...). También es posible que exista una influencia genética, ya que la mayoría de los ludópatas tienen uno o más familiares con problemas con el juego.

El estudio de la **comorbilidad** del JP con otros trastornos es uno de los temas de más interés para el avance del conocimiento sobre su etiología. Este fenómeno podría indicar algún nexo en

común entre el JP y otros trastornos, es decir que uno fuera la causa del otro/s (factores de vulnerabilidad comunes), o bien que los dos trastornos no fueran fenómenos independientes, sino fenotipos distintos de una misma enfermedad. El tipo de comorbilidad que se da en la persona con JP es importante conocerla, ya que puede tener repercusiones a la hora de seguir una u otra línea terapéutica de tratamiento, así como repercutir en el inicio, desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva.

Una revisión bibliográfica de distintos estudios ha mostrado, de forma general, que existe una comorbilidad entre el juego patológico y los trastornos afectivos y del estado de ánimo, como la ansiedad (Odlaug et al., 2013); los trastornos de la personalidad, siendo más comunes los del clúster B del DSM-IV-TR (antisocial, trastorno límite, histriónico y narcisista), es decir, los sujetos emocionalmente inestables y dramáticos (Jiménez-Murcia et al., 2009; Fernández & Echeburúa, 2006; Segarra et al., 2010); y los trastornos relacionados con el abuso y/o dependencia del alcohol y otras sustancias (Jiménez-Murcia et al., 2009; Ortiz-Tallo et al., 2011; Fernández & Echeburúa, 2006; Odlaug et al., 2013).

Ortiz-Tallo et al. (2011) concluyen las siguientes relaciones entre JP y el consumo de alcohol, de drogas y la ansiedad (los tres síndromes clínicos más prevalentes en jugadores patológicos):

- Abuso de alcohol y JP: 25,5% de comorbilidad.
- Abuso de drogas y JP: 16% de comorbilidad.
- Ansiedad y JP: 15'6% de comorbilidad.

Centrándonos en los trastornos de personalidad, un estudio (Odlaug et al., 2013) encontró que entre el 23% y el 92% de los jugadores patológicos tienen al menos un trastorno de la personalidad, y alrededor de un 18% de los jugadores presentan dos o más. Los trastornos de personalidad más comunes incluyen el obsesivo-compulsivo (entre el 27'3% y el 64% de los jugadores), el trastorno límite (62% de los jugadores), el narcisista (entre el 23'6 y 53% de los jugadores), el antisocial (entre el 23'6% y el 35% de los jugadores) y el dependiente (29'7% de los jugadores).

Prevalencia

El juego patológico se reconoció como un problema psicológico o mental, por primera vez, a nivel mundial, en 1980. Se considera como la adicción de los años noventa, aquella con mayor frecuencia entre los trastornos del control de impulsos. Los estudios desarrollados en Europa y Norteamérica arrojan una prevalencia del trastorno que sobrepasa el 1% de la población (Becoña, 1998; Petry, 2003). Ahora bien, se ha llegado a cierto consenso en el cual se habla de

una estimación de un 2-3% de prevalencia del trastorno en la población (APA, 2005). Y es, dentro de este porcentaje, que un 40% de los casos fluctúa entre los 18-30 años (Chóliz, 2006).

La prevalencia ha ido en aumento en los últimos años debido, en mayor parte, tanto a la disponibilidad como el acceso al juego (Becoña, 1998; Petry, 2003); es decir, la existencia de mayores lugares donde jugar (casinos, máquinas tragamonedas, lotería, carreras) y las oportunidades para utilizar esas instancias, como la edad de acceso y restricciones al mismo. Este aumento de la prevalencia se refleja más en el sexo masculino que en el femenino, además de que hombres y mujeres muestran preferencias distintas por uno u otro tipo de juego (Petry, 2003).

Mantenedores del problema de juego: Distorsiones cognitivas

No menos importante, se recalca de la ludopatía las rumiaciones por jugar y los sesgos cognitivos (Iancu, 2008). Estos pensamientos sesgados y erróneos son tanto factores de riesgo como factores mantenedores de la conducta de los jugadores patológicos (Ladouceur, 1989; Becoña, 1998; Toneatto, 1999). Entre las distorsiones cognitivas encontramos (Mañoso, Labrador & Fernández-Alba, 2004):

- *Ilusión de control*: Creencia en que los resultados del juego dependen más de la propia actividad que del azar (*ej: tengo un sistema para ganar*).
- *La suerte como responsable de los resultados*: Referencia a la suerte personal como un factor predictivo o explicativo de los resultados del juego (*ej: Tengo una suerte especial*).
- *Supersticiones*: Asociaciones accidentales entre un determinado evento o conducta y un premio, de tal forma que el jugador llega a creer que dicho evento aumenta la probabilidad de ganar (*ej: Echo las monedas de veinte en veinte porque creo que así tengo más posibilidades de ganar*).
- *Predicciones*: Predicciones particulares sobre los futuros resultados atendiendo a las jugadas anteriores o a una sensación o intuición (*ej: Ahora voy a ganar dinero, porque cuando salen muchos plátanos...*).
- *Azar como proceso autocorrectivo*: Creencia en que la probabilidad de un evento futuro aumenta cuanto mayor es la racha anterior del suceso contrario (*ej: Tengo que estar a punto de ganar porque llevo ya mucho tiempo sin ganar nada*).

- *Perder por poco*: El jugador cree que “ha estado cerca” del premio y, como consecuencia, que hay más probabilidades de que salga próximamente (ej: *Han salido dos naranjas en vez de tres... por poco. Me estoy acercando*).
- *Fijación en las frecuencias absolutas*: Se mide el éxito en el juego considerando sólo cuanto se gana, sin tener en cuenta lo que se ha perdido (ej: *He ganado muchísimas quinielas...*).
- *Percepción errónea / Evaluación sesgada / Ratificación del sesgo*: Las personas con JP tienden a evaluar la información de manera tergiversada. Y es que los éxitos son resultado de factores personales/internos o la validez del sistema que utiliza. Los fracasos son debido a factores externos.
- *Personificación de la máquina*: Atribución de cualidades humanas a la máquina, como por ejemplo, intenciones (ej: *Creer que la máquina le está engañando, tener la esperanza de que la máquina se confunda y le dé un premio*).

Perfil de los jugadores patológicos

Varios estudios parecen establecer un posible perfil general del jugador patológico, caracterizado por la impulsividad y rasgos asociados, la ansiedad y la tendencia al abuso y/o dependencia del alcohol y otras sustancias, así como por una falta de habilidades de afrontamiento.

Cabe destacar que los hombres comienzan antes y serían más propensos de desarrollar juego patológico en comparación con las mujeres. Ellas empiezan a edades más tardías, pero sin embargo, acaban desarrollando el mismo nivel de adicción que los hombres.

Sin embargo, es necesario añadir que no se ha podido determinar si los problemas psicopatológicos preceden o no a la aparición del juego patológico, es decir, que pueden ser tanto su causa como su consecuencia (Segarra, 2010).

Objetivos del presente estudio

El presente estudio pretende comprobar la **relación** entre el juego patológico y los trastornos de personalidad, en una muestra de pacientes (varones de entre 20 y 50 años) diagnosticados de juego patológico, pertenecientes a la asociación PATIM (Asociación Para La Intervención En Integración En Adicciones Y Otras Conductas), en Castellón. Para ello se utilizan, principalmente, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), un cuestionario autoaplicado que identifica y evalúa los posibles trastornos de personalidad y estilos cognitivos

significativos respecto a los trastornos psicológicos; y el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), que evalúa las características que indican la presencia de juego patológico.

Por otro lado, se establecen una serie de **objetivos concretos**, que introducen otras variables a correlacionar, como son conocer la relación del JP con las variables impulsividad, ansiedad (estado-rasgo), depresión y búsqueda de sensaciones; conocer cuáles son los perfiles de personalidad patológica que más se relacionan con el juego patológico; y conocer la sintomatología clínica típica de jugadores patológicos.

Además de las variables mencionadas, también se explorarán las variables sexo, edad, estado civil, nacionalidad, ocupación, nivel de estudios alcanzado y convivencia respecto a las personas con juego patológico.

Hipótesis planteadas

Así pues, basándonos en la bibliografía revisada y los distintos objetivos, planteamos varias **hipótesis** sobre los jugadores patológicos:

- Los jugadores patológicos presentarán niveles elevados de:
 - Impulsividad.
 - Ansiedad (Rasgo y Estado)
 - Búsqueda de sensaciones.
 - Depresión.
- Los pacientes con juego patológico presentarán una alta probabilidad de padecer un trastorno de personalidad.
- La mayoría de los pacientes con problemas de juego que evaluamos:
 - Contarán con un nivel bajo de estudios.
 - Vivirán en pareja.
 - Estarán casados.
 - Tendrán una edad de entre 30 y 50 años.
 - Contarán con una fuente de ingresos fija.

¿Por qué el Juego Patológico?

El motivo por el cual se ha centrado el trabajo en este tema es debido a un interés personal hacia las adicciones comportamentales, aquellas vinculadas a actividades humanas. Bajo un punto de vista personal, la pérdida de control que provocan todo tipo de adicciones y los efectos negativos a medio y largo plazo son de gran relevancia y son fundamentales para una detección y un tratamiento adecuados y eficaces. Por otro lado, existe gran cantidad de literatura que relaciona la conducta adictiva con los trastornos de personalidad, otro ámbito de especial interés debido a la complejidad de su naturaleza, la gravedad de sus síntomas, la comorbilidad con otros trastornos y las repercusiones que implican sobre la persona.

MÉTODO

La metodología empleada para la realización de este estudio ha sido, en primer lugar, una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer más acerca de la enfermedad y realizar un breve acercamiento, para posteriormente plantear diferentes variables sobre las que trabajar y en las que basar el estudio.

Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por siete sujetos varones, con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años y diagnosticados de juego patológico. Todos ellos son de nacionalidad española, pero algunos de ellos proceden de otros países.

Los sujetos son pacientes que acuden periódicamente (una vez a la semana) a sesiones de terapia rehabilitadora en la asociación PATIM, en Castellón. La participación en el estudio fue totalmente voluntaria y no se tuvo en cuenta ningún criterio de selección, excepto el hecho de presentar un diagnóstico de juego patológico.

Material

La evaluación del juego patológico se llevó a cabo con el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987; validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994). Por otra parte, la presencia de trastornos de personalidad y síndromes clínicos se realizó mediante la aplicación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) (Millon, 1997); las variables de personalidad se evaluaron con la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Patton, Stanford & Barratt, 1995. Adaptación española de Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalbán y Mann, 2001), para el rasgo impulsividad; y la Escala de Búsqueda de Sensaciones, forma V (SSS-V) (Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978), para el rasgo de búsqueda de sensaciones.

Respecto a las variables psicopatológicas, la presencia y gravedad de síntomas depresivos y los niveles de ansiedad estado y rasgo se evaluaron mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, 1979) y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), respectivamente.

En el **anexo I** aparecen descritos detalladamente cada uno de los instrumentos empleados en la evaluación. Además de la administración de los instrumentos mencionados, la terapeuta nos facilitó la información necesaria de cada paciente para la realización del estudio posterior (**anexo II**).

Diseño y procedimiento

Para el presente estudio, se seleccionó una muestra de población clínica diagnosticada de juego patológico, procedente de la asociación PATIM. Los sujetos de la muestra se escogieron aleatoriamente, siendo tanto personas que acudían por primera vez como aquellas que ya llevaban un tiempo en rehabilitación.

Así, estamos ante un trabajo empírico con un diseño correlacional, puesto que el objetivo es administrar unas pruebas determinadas a los sujetos para después establecer correlaciones y comparar las distintas variables planteadas.

La evaluación se llevó a cabo en la misma asociación, en un aula cedida para ello, y respetando siempre el horario que ellos habían acordado con la terapeuta (una sesión semanal). A la mayoría de los pacientes se les administraron los tests en dos sesiones, debido a que debíamos ajustarnos a su disponibilidad temporal. La primera sesión duró 50-60 minutos y la segunda, venía determinada en función del número de cuestionarios que quedaban por administrar. Sin embargo, el resto de pacientes pudo completar la evaluación en una sesión de entre 60 y 80 minutos, debido a su disponibilidad. A todos los pacientes se les administró en primer lugar el MCMI-III, debido a su mayor extensión (175 ítems); luego se iban completando el resto, sin ningún orden de administración determinado. Al inicio de la primera sesión, se le explicaba al paciente en qué consistía el trabajo, se le recordaba que los cuestionarios eran totalmente anónimos y se permanecía con él durante la evaluación para resolver cualquier duda que pudiera surgir.

Así, la recogida de datos la hacemos únicamente en un momento determinado. Por una parte, el estudio implica una recogida cuantitativa mediante cuestionarios, ya que nos interesa medir las variables de personalidad y psicopatología (estilos y trastornos de personalidad, problemas de juego, ansiedad, depresión, impulsividad y búsqueda de sensaciones); y, por otra, una recogida cualitativa, ya que el resto de variables (edad, sexo, estado civil, duración del problema de juego, etc.) nos las facilitó la terapeuta de PATIM.

Análisis estadístico-matemático

Para realizar los análisis estadísticos de las variables del estudio se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics 20.0. Así pues, se han calculado las correlaciones bivariadas de Pearson entre el juego patológico y las otras variables de interés. Además, se realizó un análisis de regresión paso a paso (*Stepwise*) para determinar cuáles de las variables que correlacionaban significativamente con el JP tenían un mayor impacto sobre éste. El nivel de significación que se estableció para los análisis fue de 0'05.

RESULTADOS

Tras la realización de los análisis estadísticos, se obtuvieron inicialmente los **datos descriptivos** correspondientes a las variables evaluadas en el grupo de pacientes. Respecto al perfil psicopatológico, las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de ansiedad estado y rasgo son 22,43 (*DT* = 9.361) y 24 (*DT* = 12,702), respectivamente. Al comparar estos datos con las escalas de ansiedad estado y rasgo de la muestra normativa del instrumento (*M* = 20,19; *DT* = 8,89), se observa que los niveles de ansiedad están dentro de la normalidad. En cuanto a la depresión, los pacientes han obtenido una puntuación media de 8 (*DT*= 5,745), lo que reflejaría una ausencia de sintomatología depresiva importante. Sin embargo, cabe destacar una mayor presencia de impulsividad y de problemas de juego. Por otro lado, cuando se observan los datos descriptivos de la tabla, se podría decir que, según los datos aportados por el MCMI-III, existe una relación entre los patrones clínicos de la personalidad y la sintomatología clínica asociada.

Tabla 2. Datos descriptivos de las variables evaluadas en el grupo de pacientes.

Instrumento/Variable	Puntuaciones	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Edad	36,29	9,123
Duración del problema de juego	59,14	27,805
Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)		
Ansiedad-Estado	22,43	9,361
Ansiedad-Rasgo	24,00	12,702
Inventario de Depresión de Beck (BDI)		
Depresión	8,00	5,745

Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V) (SSS-V)		
Búsqueda de emociones	3,29	3,251
Búsqueda de excitación	4,57	,976
Desinhibición	3,86	1,574
Susceptibilidad al aburrimiento	3,57	1,512
Búsqueda de sensaciones (PT)	15,29	2,690
Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)		
Impulsividad cognitiva	12,71	5,345
Impulsividad motora	12,43	10,390
Impulsividad no planeada	19,00	8,386
Impulsividad (PT)	44,14	18,004
Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)		
Juego patológico	10,57	2,370
Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)		
Sinceridad	56,43	22,210
Deseabilidad social	73,14	15,399
Devaluación	49,43	25,225
Esquizoide	47,00	24,536
Evitativo	52,00	22,428
Depresivo	47,00	20,905
Dependiente	57,43	18,867
Histriónico	47,57	30,303
Narcisista	65,43	9,641
Antisocial	55,00	19,908
Agresivo (sádico)	44,57	23,642

Compulsivo	54,00	14,674
Negativista (pasivo-agresivo)	47,14	21,389
Autodestructivo	46,57	24,839
Esquizotípico	33,00	26,820
Límite	41,14	20,788
Paranoide	57,14	24,368
Ansiedad	57,29	26,868
Somatomorfo	34,29	28,093
Bipolar	57,86	32,411
Distímico	38,14	25,602
Dependencia del alcohol	56,86	28,737
Dependencia de sustancias	58,29	21,861
Estrés post-traumático	34,14	22,147
Trastorno del pensamiento	36,29	32,495
Depresión mayor	32,86	25,758
Trastorno delirante	48,00	31,316

Nota: M = Media; DT = Desviación típica.

Analizando las **correlaciones** entre el JP y las diversas variables, se ha observado que todas ellas son positivas, lo que significa que cuanto mayor sean las puntuaciones en dichas variables, mayores serán las obtenidas en JP (tabla 3). Se ha encontrado que una mayor puntuación en JP está relacionada con una mayor susceptibilidad al aburrimiento y mayor impulsividad; patrones de personalidad agresiva, paranoide, bipolar y negativista; y síndromes clínicos de ansiedad, dependencia de sustancias y estrés post-traumático. Sin embargo, en este grupo de pacientes, no se ha observado una correlación estadísticamente significativa entre el JP y el consumo de alcohol y la clínica depresiva.

De este modo, se podría decir que la muestra de jugadores patológicos del estudio presenta un **perfil de personalidad** psicopatológica caracterizado por patrones de personalidad agresiva (sádica), paranoide, bipolar y negativista (pasivo-agresivo). Además, se observa una sintomatología clínica caracterizada por la ansiedad, la dependencia de sustancias y el estrés

post-traumático, junto con una tendencia a la búsqueda de sensaciones (susceptibilidad al aburrimiento) y a la impulsividad.

Por otro lado, es importante destacar las correlaciones significativas positivas que se han dado en el grupo clínico entre la duración del problema de juego y ciertas variables (tabla 4). Se ha observado que la presencia de ansiedad, estrés post-traumático y/o trastornos del pensamiento incrementan la duración del juego patológico.

Tabla 3. Correlaciones entre el JP y las variables de interés.

Instrumentos	Variables	Juego patológico
Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V) (SSS-V)	Susceptibilidad al aburrimiento	0.824*
Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)	Impulsividad	0.775*
Inventario Multiaxial Clínico de Millon – III (MCMI-III)	Agresivo (sádico)	0.796*
	Paranoide	0.809*
	Bipolar	0.806*
	Negativista (pasivo-agresivo)	0.810*
	Ansiedad	0.863*
	Dependencia de sustancias	0.775*
	Estrés post-traumático	0.874*

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 4. Correlaciones entre la duración del JP y las variables de interés

Instrumento	Variables	Duración del juego
Inventario Multiaxial Clínico de Millon – III (MCMI-III)	Ansiedad	0.755*
	Estrés post-traumático	0.913**
	Trastorno del pensamiento	0.776*

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Finalmente, se ha realizado un **análisis de regresión** paso a paso (*Stepwise*) en el que se incluyen las variables que obtuvieron una correlación significativa con el juego patológico. En la tabla 5 se ofrecen los resultados de dicho análisis. Tras realizar el análisis de regresión sobre las variables implicadas en los pacientes con JP, se obtuvo que el mayor predictor del juego patológico en la muestra de pacientes era el estrés post-traumático, con $R^2 = 0,765$.

Tabla 5. Análisis de regresión paso a paso (*Stepwise*)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Significación	
	B	Error típico	Beta			
1	(Constante)	7,376	,925		7,975	,001
	Estrés post-traumático	,094	,023	,874	4,030	,010

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Tras revisar la información sobre los pacientes de nuestra muestra, se puede observar que la mayoría de los jugadores patológicos se encuentran entre 30 y 50 años ($M = 6,29$), viven en pareja y/o están casados, su nivel de estudios es generalmente bajo y disponen de una fuente de ingresos fija. Estudios como el de Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1994) muestran resultados que apoyan la presencia de muchas de estas variables demográficas en los pacientes jugadores patológicos. Obtienen que la edad media en su muestra de jugadores es de 35 años, la mayoría de ellos son varones y generalmente casados y solteros; el nivel de instrucción era más bien bajo (sólo un 8% contaba con estudios medios o superiores); y el nivel socioeconómico era medio o medio-bajo, pero en general con ingresos fijos. Por otra parte, los datos obtenidos de los análisis confirman que los jugadores patológicos tienen una tendencia a presentar rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, dependencia de sustancias y sintomatología ansiosa, aunque descartando la presencia de síntomas depresivos y consumo de alcohol importantes.

Revisando la literatura, los resultados obtenidos coinciden con los de Fernández y Echeburúa (2006), quienes mostraron la importancia de la impulsividad en los jugadores patológicos e incluso en el desarrollo de técnicas específicas de tratamiento para este cuadro clínico. Por su parte, Ortiz-Tallo et al., (2011) también encontraron que los síndromes clínicos de mayor prevalencia en los jugadores patológicos eran el abuso de sustancias y de alcohol y la ansiedad.

Estudios como el de Segarra et al., (2010) destacan una mayor prevalencia del abuso de sustancias entre los jugadores patológicos en comparación con sujetos normales; mientras que Llinares et al., (2003), sugieren que los altos niveles de ansiedad en los jugadores patológicos, se deben principalmente a la toma de conciencia del problema, es decir, se trataría de personas que en tratamiento aún continúan jugando y desean lograr la abstinencia.

Por tanto, una de las cuestiones que nos planteamos fue la existencia de una relación positiva entre el juego patológico y la impulsividad, ansiedad (estado y rasgo), depresión, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y consumo de sustancias, tal y como mostraba la literatura revisada. Hemos encontrado que el juego patológico correlaciona con la impulsividad, el síndrome clínico de ansiedad, la susceptibilidad al aburrimiento (incluido dentro de la búsqueda de sensaciones) y el abuso de sustancias; sin embargo, nuestros resultados en relación a la depresión y al consumo de alcohol no han sido significativos. En cualquier caso, los estudios mencionados con anterioridad han encontrado tasas más elevadas de dichas variables en sus respectivas muestras de jugadores patológicos.

Sin embargo, hay estudios que no coinciden con estos resultados, como el de Allcock y Grace (1988) en el cual informaban que los jugadores patológicos no se diferenciaban de los controles en cuanto a la impulsividad y búsqueda de sensaciones. Otros estudios también confirmaron que estos pacientes no eran buscadores de sensaciones (Anderson y Brown, 1984; Blaszczynski, Wilson y McConaghy, 1986). En un estudio realizado con 60 jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio, González Ibáñez (1994) concluyó que los sujetos de su muestra no eran ni impulsivos ni buscadores de sensaciones, observando, por otro lado, que aquéllos que mostraban mayor psicopatología eran también los que obtenían puntuaciones más elevadas en impulsividad y búsqueda de sensaciones y conducta de juego más grave.

En cuanto a los trastornos de personalidad, los resultados obtenidos muestran una clara prevalencia de determinados patrones patológicos de personalidad en la muestra de jugadores patológicos, siendo éstos el agresivo (sádico), bipolar, negativista (pasivo-agresivo) y paranoide. Estos resultados parecen no coincidir con la literatura revisada, donde varios estudios (Fernández y Echeburúa, 2006; Segarra et al., 2010; Odlaug et al., 2013) destacan la presencia en jugadores patológicos de trastornos de la personalidad del clúster B del DSM-IV-TR (trastorno límite, antisocial, narcisista e histriónico). Sin embargo, aunque en menor medida, Fernández y Echeburúa (2006) obtienen de su estudio que un 16% de los jugadores presentaba un trastorno negativista (pasivo-agresivo) de la personalidad. En cualquier caso, la tasa de trastornos de personalidad en los jugadores de este estudio no es tan elevada como la obtenida en otros estudios (Odlaug et al., 2013; Blaszczynski y Steel, 1998; Lesieur y Blume, 1990).

Si observamos con atención la duración del problema de juego (en meses) en la muestra de jugadores ($M = 59,14$), observamos que las variables que la alargarían en mayor medida serían el síndrome clínico de ansiedad, el trastorno del pensamiento y el estrés post-traumático, siendo esta última la que mayor relación significativa tendría. Esto sugiere que las personas que presentan sintomatología de estrés post-traumático (caracterizado por la presencia continua de ansiedad) tendrían una tendencia a desarrollar técnicas propias para el manejo del estrés y la ansiedad, siendo una de ellas el uso del juego con la intención de reducirlas.

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Iowa (UI), en Estados Unidos, confirma que el juego patológico se da entre varios miembros de una misma familia y que se produce a un ritmo mayor que el de muchos otros trastornos conductuales y psiquiátricos (Black et al., 2014). Además, profundizando un poco más, observaron que un 16% de los parientes de los jugadores patológicos (1075 adultos en total, relacionados en primer grado con los participantes del estudio) padecían problemas de juego. Los expertos también demostraron que los familiares de estos jugadores mostraban tasas más altas en depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad social, trastornos por uso de sustancias, trastorno de estrés post-traumático y trastorno de la personalidad antisocial. Así pues, afirmaron que el juego patológico podría compartir una predisposición genética subyacente con estos trastornos. Estas conclusiones parecen compartir similitudes con los resultados obtenidos en el presente estudio, en cuanto a los factores que podrían predisponer a los problemas de juego (trastorno bipolar, trastorno por uso de sustancias y trastorno de estrés post-traumático). Es aquí donde parece que cobra más sentido el hecho de que nuestro mayor predictor del JP sea el estrés post-traumático, en comparación con el resto de variables de interés analizadas.

Finalmente, es importante remarcar que los pacientes de nuestro estudio fueron evaluados durante el tratamiento psicoterapéutico, es decir, no hubo una evaluación pretratamiento o al inicio del tratamiento, sino que se obtuvieron los datos en una situación en que muchos de los pacientes afirmaban haber mejorado en comparación al inicio del problema. Por tanto, cabe la posibilidad de que los resultados obtenidos se hayan visto influidos por la previa y actual intervención.

En síntesis, podemos afirmar que un factor importante en los resultados del grupo de jugadores patológicos es la comorbilidad del JP con la presencia de patrones clínicos de personalidad y con síndromes clínicos determinados. También cabe destacar la mencionada predisposición genética del JP con trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias y/o alcohol. Aún así, también conviene mencionar que los resultados de todos los estudios llevados a cabo no coinciden en muchos casos, hecho que podría deberse a las características de muestra clínica y/o a los instrumentos de evaluación empleados.

Para terminar, es importante señalar ciertas **limitaciones** del presente estudio. En primer lugar, señalar que contaba con una muestra muy reducida, debido a la dificultad de encontrar población clínica diagnosticada de juego patológico, a los imprevistos que han ido surgiendo durante la evaluación (pacientes que no acudieron a su cita) y la necesidad de adaptarse a los horarios y la asistencia de los pacientes. Es posible que este tamaño muestral tan reducido haya implicado la obtención de resultados no demasiado significativos ni generalizables. En segundo lugar, únicamente se pudo evaluar a jugadores patológicos hombres, puesto que no se tuvo la oportunidad de coincidir con ninguna mujer que asistiera a terapia. Además, la evaluación se llevó a cabo en una muestra que estaba recibiendo tratamiento desde hace meses, de modo que algunos de los propios pacientes reflejaban una mejoría parcial en las puntuaciones de sus cuestionarios. Este hecho puede haber sesgado las puntuaciones haciendo que los resultados difieran en cierto modo de lo esperado inicialmente, tras haber revisado la literatura.

De este modo, como líneas futuras, cabría señalar la necesidad de investigaciones en mayor profundidad en este campo, puesto que a pesar de que muchos estudios apuntan hacia resultados similares, también se han hallado conclusiones que no coinciden del todo. La elevada comorbilidad existente entre muchos de los trastornos, junto con las variables psicológicas, demográficas, ambientales y situacionales de cada uno de los pacientes, puede dar lugar a distintos resultados, de modo que se vuelven imprescindibles investigaciones más actuales. De manera más concreta, los resultados del presente estudio señalan también la importancia del abordaje psicológico en el juego patológico, ya que se ha podido observar que, a pesar de las importantes complicaciones físicas y psicológicas que conlleva el juego patológico, es posible restaurar el funcionamiento normal en los pacientes con los tratamientos adecuados. Existen ya estudios como el de Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2013) que afirman que la terapia cognitivo-conductual individual o grupal con prevención de recaídas supone la primera línea de tratamiento del JP, junto con el tratamiento farmacológico a modo complementario en determinadas condiciones, presentando una tasa de éxito de entre un 50% y un 80% en los pacientes tratados.

BIBLIOGRAFÍA

Allcock, G. & Grace, D. M. (1988). Pathological gamblers are neither impulsive or sensation seekers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 307-311.

American Psychiatric Association, APA (2005). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto Revisado. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*. Washington, DC: Author.

Anderson, G. & Brown, R. I. F. (1984). Real and Laboratory Gambling, Sensation-Seeking and Arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.

Báez, C., Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas de personalidad y psicopatología de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, (5)3, 289-305.

Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: arousal and information processing. *Motivation, emotion and personality*. En J.T. Spence y C.E. Itard (eds.). North Holland: Elsevier.

Barrat E. S. (1995). Impulsiveness and aggression. *Violence and mental disorder: Development in risk assessment*. En: Monahan J, Steadman HJ, eds. Chicago: The University of Chicago Press, 61-79.

Becoña, E. (1998). Evaluación y tratamiento del juego patológico. Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. CPD de Cádiz.

Black, D. W., Coryell, W., Crowe, R., Shaw, M., McCormick, B. & Allen, J. (2014). The relationship of DSM-IV pathological gambling to compulsive buying and other possible spectrum disorders: Results from the Iowa PG family study.

Blaszczynski, A., Wilson, A & McConaghy, N. (1986). Sensation-Seeking and Pathological Gambling. *British Journal of Addictions*, 81, 113- 117.

Blaszczynski, A. & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.

Bobes, J., Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A. & Bousoño, M. (2003). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psicología clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores SL.

Cameo, S. & López del Hoyo, Y. (2012). *Perfil del ludópata y consecuencias a nivel socio-familiar, económico y laboral de los afectados de la asociación AZAJER*. Zarazoga, España: Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.

Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. Buenos Aires: Deauno.com (Ed.).

Domínguez Álvarez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 3-20.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2008). Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? *Adicciones*, 20, 321-326.

Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2013). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia psicológica*, 32(1), 31-40.

Ellis, M. J. (1973). *Why people play*. New Jersey: Prentice-Hall.

Estallo, J. A. & Pedrido, I. (2011). Evaluación de la impulsividad. *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*, 231-245. Barcelona: Socidrogalcohol.

Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: Un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18(3), 453-458.

Goffard, J. P. (2008). Juego patológico: Una revisión bibliográfica de la ludopatía. *Revista Psicología.com*, 12(2).

González Ibáñez, A. (1994). Características psicológicas y conductuales de los jugadores patológicos de las máquinas recreativas con premio. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.

Iancu, I., Lowengrub, K., Dembinsky, Y., Kotler, M. & Danno, P. (2008). Pathological gambling: An update on neuropathophysiology and pharmacotherapy. *CNS Drugs*, 22(2), 123-138.

Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, (2)1, 15-31.

Jacobs, D. F. (1989). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. *Compulsive gambling: theory, research and practice*,

249-292. In H.J. Shaffer, S.; A. Stein; B. Gambino and T.N. Cummings (Eds.). Toronto: Lexington Books.

Jiménez, S., González, A. & Aymamí, M. N. (1999). Variables psicológicas y psicopatológicas en el juego patológico. *Anuario de Psicología*, (30)4, 67-78.

Jiménez-Murcia, S. et al. (2009). Comorbilidad del juego patológico: Variables clínicas, personalidad y respuesta al tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 178-189.

Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1990). Characteristics of pathological gamblers identified among patients on a psychiatric admission service. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1009-1012.

Llinares, M., Santos, P., Camacho, I., Albiach, C. & Palau, C. (2003). Variables psicológicas y adictivas en una muestra de jugadores patológicos. *Anales de Psicología*, 19, 75-80.

Mañoso, V., Labrador, F. J. & Fernández-Alba, A. (2004). Tipo de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema*, 16(4), 576-581.

Ochoa, E. & Labrador, F. J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janes.

Odlaug, B. L., Schreiber, L. R. N. & Grant, J. E. (2013). Personality dimensions and disorders in pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 107-112.

Ortiz-Tallo, M., Cancino, C. & Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23(3), 189-197.

Petry, N. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98, 645-655.

Robert Segarra, A., Mora Sanz, A., Pascual Mateos, J.C. & Pérez de los Cobos Peris, J. (2010). Juego patológico y comorbilidad con otros trastornos mentales: Revisión de la literatura y perfil de una muestra de jugadores españoles. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 11(1), 7-13.

Toneatto, T. & Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of addictive behaviors*, 17(4), 284-292.

ANEXOS

Anexo I. Descripción detallada de los instrumentos utilizados en la evaluación

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON-III (MCMI-III)

Autor: T. Millon.

Tipo de instrumento: Cuestionario autoaplicado.

Administración: Individual y colectiva.

Aplicación: Adultos.

Duración: Entre 20 y 30 minutos.

Objetivos: Identificación de posibles trastornos de personalidad y valoración de los estilos cognitivos potencialmente significativos respecto a los trastornos psicológicos. Evalúa estilos y trastornos de personalidad y algunos de los principales síndromes clínicos según criterios del DSM-IV y la teoría de la personalidad de Millon.

Descripción: El MCMI-III consta de 175 ítems que la persona debe ir evaluando como verdadero o falso. Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de personalidad clínicos (esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, pasivo-agresivo y autodestructivo), y tres subescalas que evalúan trastornos graves de la personalidad (esquizotípico, paranoide y límite). Con la finalidad de optimizar la correspondencia con el DSM IV se han sustituido 95 elementos y se han añadido dos nuevas escalas: un patrón de personalidad clínico (Depresivo) y un nuevo síndrome (Estrés postraumático).

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Su consistencia interna, obtenida mediante un coeficiente alfa, es de 0'66-0'89. Su fiabilidad test-retest para el diagnóstico dimensional está entre 0'85 y 0'93.

Validez: Los estudios de correlaciones entre las puntuaciones dimensionales del MCMI con distintos cuestionarios han mostrado, por ejemplo, que existe una correlación por encima de 0'50 con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). El poder predictivo del MCMI varía mucho, entre 0'30 y 0'81 (media = 0'69). Se considera una buena prueba de detección siempre y cuando no exista una medida posterior más exigente.

Corrección e interpretación: Se obtienen 24 puntuaciones. Mediante una tabla de transformaciones, se convierten en puntuaciones transformadas (diferenciadas según el género) que van de 0 a 115, y que pueden interpretarse individualmente o estableciendo un perfil. Las

puntuaciones que oscilan entre 75 y 84 indican la presencia de rasgos patológicos de personalidad, y las puntuaciones mayores de 84 indican la presencia de un trastorno.

CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO DE SOUTH OAKS (SOGS)

Autores: Lesieur y Blume, 1987 (validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994).

Tipo de instrumento: Cuestionario autoaplicado.

Administración: Individual y colectiva.

Aplicación: Adultos.

Duración: Entre 10 minutos aprox.

Objetivos: Evalúa de manera estructurada y cuantificable las características que indican la presencia de juego patológico, tanto en sujetos normales como en paciente.

Descripción: El SOGS consta de 16 ítems, que la persona debe leer y marcar con una cruz la respuesta que considere que refleja mejor su modo de actuar. El contenido de los ítems se relaciona, entre otras cuestiones, con las conductas de juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar y pagar deudas y las emociones implicadas.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Fiabilidad test-retest (0'98) y consistencia interna (0'94).

Validez: Elevada validez criterial (0'86), ya que correlaciona significativamente con las valoraciones de evaluadores independientes. Elevada validez externa (0'60), que también correlaciona con las valoraciones de los miembros de la familia. Discrimina adecuadamente entre jugadores patológicos y población sana.

Corrección e interpretación: De los 16 ítems, no se valoran las preguntas 1, 2, 3, 12 y 16j no se valoran. Respecto a las normas de interpretación, se han establecido tres puntos de corte: Las personas que puntúan entre 0 y 2, ambos inclusive, no tendrían ningún problema de juego; aquellas que puntúan entre 3 y 4, tendrían problemas leves, y aunque aún no pueden ser considerados jugadores patológicos, comienzan a tener problemas referidos a sentimientos de culpabilidad, jugar más de lo que querían o pequeñas deudas de juego; por último, los que puntúen 5 o más, se consideran ya probablemente jugadores patológicos. En la adaptación española se interpreta que un sujeto con 4 o más puntos es un probable jugador patológico.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Autores: Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw y Gary Emery, 1979.

Tipo de instrumento: Cuestionario autoaplicado.

Administración: Individual y colectiva.

Aplicación: Adultos y adolescentes (mayores de 13 años).

Duración: 5-10 minutos.

Objetivo: Valorar la presencia de síntomas depresivos y su nivel de gravedad.

Descripción: El Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems de respuesta múltiple. El BDI se construyó para medir las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión. Existen tres versiones: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para el chequeo.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Se han encontrado coeficientes de fiabilidad de consistencia interna que oscilan entre 0'76 y 0'95 en muestras de pacientes psicopatológicos; entre 0'73 y 0'93 en muestras de población general; y entre 0'78 y 0'92 en muestras de estudiantes universitarios. Se ha encontrado una fiabilidad test-retest de 0'72 al cabo de un mes, y de 0'60-0'69 al cabo de tres meses.

Validez: El instrumento correlaciona de forma moderada o alta con otras medidas de depresión en distintos tipos de población. El BDI-1A ha demostrado sensibilidad al cambio tras un tratamiento y, de hecho, el BDI, en sus diferentes versiones, se ha convertido en el instrumento de autoinforme estándar para evaluar la respuesta al tratamiento de grupos de pacientes con trastornos depresivos y para comprobar qué tratamiento es el más eficaz.

Corrección e interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango va de 0 a 63, que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. Se han establecido los siguientes rangos para valorar la gravedad: 0-9 puntos, estado no depresivo; 10-15 puntos, depresión leve; 16-23 puntos, depresión moderada; 24-63 puntos, depresión severa.

Además, también se han establecido rangos para valorar la gravedad de la depresión en estudios de post-tratamiento y de seguimiento: 0-9, depresión en remisión; 10-15, remisión parcial; 16-23, mantiene sintomatología depresiva.

El diagnóstico de un trastorno depresivo se efectúa teniendo en cuenta no sólo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles.

ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO / RASGO (STAI)

Autores: Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970.

Tipo de instrumento: Cuestionario autoaplicado.

Administración: Individual y colectiva.

Aplicación: Adultos y adolescentes (población general y pacientes).

Duración: 15 minutos.

Objetivo: Evaluar el nivel actual de ansiedad y la predisposición ansiosa de la persona a responder al estrés.

Descripción: El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como *estado* (condición emocional transitoria) y la ansiedad como *rasgo* (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de 40 ítems, divididos en dos subescalas: la subescala *Estado*, formada por 20 ítems que describen cómo se siente la persona “en ese momento, ahora mismo”; y la subescala *Rasgo*, que consta de otros 20 ítems que identifican cómo se siente la persona “en general, en la mayoría de las ocasiones”. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y 3 = mucho.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Consistencia interna de 0'90-0'93, en la subescala *Estado*, y de 0'84-0'87 en la subescala *Rasgo*. La fiabilidad test-retest oscila entre 0'73 y 0'86 en la subescala *Rasgo*.

Validez: El STAI muestra correlaciones de entre 0'73 y 0'85 con otras medidas de ansiedad, como por ejemplo, la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell. Además, existe un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que existe una correlación de 0'60 con el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Corrección e interpretación: El STAI proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en

cada uno de los 20 ítems correspondientes. La puntuación total en cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos.

- La puntuación en los ítems de **estado** oscila entre 0 y 3 en función de la intensidad de la presentación (3 = nada, 1 = algo, 2 = bastante, 0 = mucho). En algunos de los ítems de esta subescala es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3 = nada, 2 = algo, 1 = bastante, 0 = mucho); estos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.
- La puntuación en los ítems de **rasgo** también oscila entre 0 y 3 pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0 = casi nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo, 3 = casi siempre). En algunos de los ítems también es necesario invertir la puntuación (3 = casi nunca, 2 = a veces, 1 = a menudo, 0 = casi siempre); estos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Existen baremos para adultos y adolescentes (varones y mujeres), que cuando se utilizan, la puntuación transformada de los sujetos indicará su posición relativa a la población normal. Las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

ESCALA DE BÚSQUEDA DE SENSACIONES (FORMA V) (SSS-V)

Autores: Zuckerman, M.; Eysenck, S.B.G.; Eysenck, H.J. (1978).

Tipo de instrumento: Cuestionario autoaplicado.

Administración: Individual y colectiva.

Aplicación: Zuckerman (1978) considera la edad de 14 años como el límite de edad inferior en el que la Sensation Seeking Scale (SSS) resulta apropiada.

Duración: 15 minutos aprox.

Objetivos: Evaluar el rasgo de búsqueda de sensaciones.

Descripción: La SSS es una escala diseñada para evaluar la búsqueda de sensaciones. Consta de 40 ítems a los que la persona debe responder sí o no. Además, se subdivide en 4 subescalas de 10 ítems cada una:

- Búsqueda de excitación (BEX): Refleja el deseo de encontrar sensaciones y experiencias nuevas a través de la mente y los sentidos (música, viajes, comidas...) y a través de estilos de vida inconformistas o poco convencionales.
- Búsqueda de emociones (BEM): Viene definida por ítems que expresan el deseo de implicarse en deportes “de riesgo” o en otras actividades físicamente peligrosas.

- Desinhibición (DES): Hace referencia a una búsqueda de sensaciones a través de actividades sociales, de la diversión o el sexo.
- Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB): Viene representada por ítems referidos a una escasa tolerancia por experiencias repetitivas o rutinarias.

Criterios de calidad:

Fiabilidad: Zuckerman, Eysenck y Eysenck (1987) señalan fiabilidades internas de la escala total entre 0.83 a 0.86, y las fiabilidades establecidas para las otras cuatro subescalas oscilan entre 0.56 y 0.82. Pérez y Torrubia (1986) indican coeficientes de fiabilidad de 0.94 para la subescala BEA; 0.68 para la subescala BEX; 0.92 para la subescala DES; 0.87 para la subescala SAB; y 0.90 para el total de la escala.

Validez: La consistencia interna de la escala varía de 0'83 a 0'86, y la de sus factores oscila entre 0'56 y 0'82. (Zuckerman et al., 1978).

Corrección e interpretación: Cada respuesta afirmativa se evalúa con 1 punto y cada respuesta negativa, con 0 puntos. La SSS proporciona una puntuación total, que se obtiene sumando las respuestas dadas a todos los ítems y una puntuación de cada una de las cuatro subescalas incluidas:

- BEM: Sumar las puntuaciones de los ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33 y 37.
- BEX: Sumar las puntuaciones de los ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 38.
- DES: Sumar las puntuaciones de los ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35 y 39.
- SAB: Sumar las puntuaciones de los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36 y 40.

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo. A continuación se facilitan las medias y las desviaciones estándar obtenidas por la población normativa española (Bobes y cols., 2003).

	<i>BEM</i>	<i>BEX</i>	<i>DES</i>	<i>SAB</i>	<i>Total</i>
Varones (n = 173)	6,8 (2,6)	5,7 (2,1)	5,1 (2,5)	3,6 (2,2)	21,3 (6,4)
Mujeres (n = 176)	6,1 (2,4)	5,4 (1,9)	3,0 (1,9)	3,0 (1,9)	17,7 (5,3)

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS-11)

Autores: Patton, Stanford & Barratt, 1995. Adaptación española de Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalbán y Mann (2001).

Tipo de instrumento: Cuestionario autoaplicado.

Administración: Individual y colectiva.

Aplicación: Adolescentes y adultos.

Duración: 15 minutos aprox.

Objetivos: Evaluar la impulsividad entendida como rasgo de personalidad.

Descripción: La BIS-11 es un instrumento para evaluar la impulsividad como rasgo de personalidad. Ha correlacionado con desórdenes impulsivos como la agresividad, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, TLP y TPA, entre otros (en poblaciones clínicas y no clínicas). Consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas de impulsividad:

- **Impulsividad cognitiva:** 8 ítems (4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
- **Impulsividad motora:** 10 ítems (2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
- **Impulsividad no planeada:** 12 ítems (1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).

Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta (0 = raramente o nunca, 1 = ocasionalmente, 3 = a menudo, 4 = siempre o casi siempre).

Criterios de calidad:

Fiabilidad: La versión española de la escala muestra unas adecuadas propiedades psicométricas, con un coeficiente alfa de 0,75. La consistencia interna es elevada, alrededor de 0,8. La fiabilidad test-retest tras 2 meses es de 0,89.

Validez: Psicométricamente validada en diversas poblaciones e internacionalmente. En los diferentes estudios ha demostrado adecuados parámetros de validez.

Corrección e interpretación: Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta que puntuarían 0, 1, 3 y 4. Los siguientes ítems tienen una puntuación inversa: 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30. La puntuación en cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de los ítems, mientras que la puntuación total se obtiene sumando todas las puntuaciones. No existe un punto de corte propuesto. En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución.

Anexo II. **Información personal de cada paciente**

DATOS PERSONALES

Código:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Ocupación:

Nivel de estudios:

Convivencia:

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico:

Duración del problema de juego: