

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA



Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián, 2011

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Libro de capítulos del IX Congreso Nacional de
Psicología Clínica



Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011

IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011
Edita:
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
Avda. Madrid, S/N, Edif. Eurobequer Bajo, 18012 Granada.
Tel: +34 958 273460.
Fax: +34 958 296053.
eMail: info@aepec.es.
Web: <http://www.aepec.es>.
Printed in Spain
ISBN: 978-84-694-3972-2



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN FAMILIARES DE LOS JUGADORES PATOLÓGICOS

Ana Estévez¹, Iratxe Redondo y David Herrero

Universidad de Deusto

Introducción

El juego patológico es un problema mental grave que afecta a diferentes aspectos de la vida del jugador/a entre los que se encuentran la vida personal, profesional y familiar (Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 2000). En el ámbito familiar, algunos estudios muestran cómo los jugadores/as patológicos se ven afectados psicológicamente (Pinhas, Dannon, Lowengrub, Aizer y Kotler, 2006). Sin embargo, no existen apenas estudios sobre el impacto en los familiares y personas cercanas al jugador/a, aunque se estima que el problema de cada jugador/a patológico podría afectar a unas 17 personas en su entorno cercano (Lesieur, 1984). A pesar de que el juego patológico es un problema de salud mental grave que aumenta progresivamente (Domínguez, 2009), pocos estudios sobre el impacto en los miembros de la familia han llevado a cabo hasta la fecha y la metodología ha sido principalmente de observación o en base a las impresiones clínicas (Petry, 2005). Por ello, los objetivos de este estudio son los siguientes: (1) Determinar si existen diferencias en los niveles de ansiedad y depresión entre familiares de jugadores patológicos y familiares de no jugadores y (2) Analizar diferencias en esquemas cognitivos profundos entre familiares de jugadores y familiares de no jugadores.

Método

La muestra está compuesta por 120 personas. La muestra clínica la componen 68 familiares de jugadores patológicos pertenecientes a la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados con una media de edad de 34,41 ($dt = 16,41$) y con un 74,1% de mujeres. El grupo control está basado en las mismas características que los familiares con una media de edad de 44,99 ($dt = 13,56$) y un 87,1% de mujeres.

Los instrumentos utilizados para este estudio han sido los que a continuación se presentan:

Subescala de Ansiedad del cuestionario SCL-90-R (Derogatis, 2002). Este inventario ha sido desarrollado para medir patrones de síntomas presentes en personas y puede utilizarse tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Se compone de 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicósomática concreta: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por la persona que lo completa en un rango que va desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima).

En este estudio se utilizó la Escala de Ansiedad, referida a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("pánico"). Esta escala incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas. Consta de 10 ítems.

¹ Ana Estévez. E-mail: aestevez@deusto.es

El coeficiente de consistencia interna para cada una de las escalas del SCL-90 es alto (0,90) y tiene una fiabilidad test-retest buena a lo largo de un período de dos semanas (Derogatis, 1983, 2002).

La Depresión fue evaluada mediante la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977). El CES-D se ha desarrollado para estudiar los síntomas depresivos en la población general. El énfasis de la escala recae en el componente afectivo o estado de ánimo del síndrome depresivo. Permite obtener puntuaciones para cuatro factores de la depresión (afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales) y un factor de depresión general de segundo orden. Consta de 20 ítems con un formato de respuesta de 0 (nunca o rara vez) a 3 (todo o la mayor parte del tiempo). Las propiedades psicométricas de la versión en español del CES-D son excelentes en cuanto a factorización y consistencia interna.

Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF, Young y Brown, 1994). Este cuestionario evalúa los dieciocho esquemas propuestos por Young. El SQ-SF consta de 75 ítems que deben ser contestados de acuerdo con una escala likert de seis puntos (1 = totalmente falso, 2 = la mayoría de las veces falso, 3 = más verdadero que falso, 4 = en ocasiones verdadero, 5 = la mayoría de las veces verdadero, y 6 = me describe perfectamente). En esta investigación se utilizaron sólo 60 ítems, para evaluar los siguientes esquemas: Privación Emocional, Abandono, Abuso, Imperfección, Fracaso, Dependencia, Vulnerabilidad al Peligro, Apego, Subyugación, Autosacrificio, Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente. La versión corta utilizada en este estudio estuvo desarrollada utilizando los ítems de la versión larga del SQ que han sido traducidos al español por Cid y Torrubia en colaboración con Young. El SQ español ha mostrado buena fiabilidad y correlación con depresión, afectividad positiva y negativa, y autoestima (Cid y Torrubia, 2002).

En relación al procedimiento, las participantes completaron los cuestionarios de modos diversos: (1) En las propias asociaciones, (2) en sus casas y los hicieron llegar de manera anónima por vía postal o (3) a través de un cuestionario on line diseñado ex proceso para recoger las respuestas. Para facilitar la confidencialidad, los cuestionarios fueron anónimos. Todas las participantes recibieron información para contactar con los responsables del estudio a fin de poder resolver cualquier duda que pudiese haber o informar sobre las conclusiones del estudio.

Resultados

Con respecto de las creencias inadaptadas tempranas, se observaron diferencias en Dependencia, puntuando los familiares de ludópatas más alto ($M = 11,72 / M = 9,75$, $p < 0,05$), y en Fracaso ($M = 8,38 / M = 10,81$, $p < 0,01$), Abandono ($M = 10,24 / M = 12,65$, $p < 0,01$) y Privación ($M = 10,37 / M = 12,50$, $p < 0,01$), puntuando por debajo del grupo control.

En relación a la depresión, los familiares de jugadores/as puntuaron más alto que el grupo control como puede verse en los siguientes resultados: $t_{(119)} = 5,30$, $p < 0,001$, $d = 1,02$ ($M = 12,25 / M = 7,96$).

En el caso de la ansiedad, los resultados fueron similares y los familiares de jugadores/as también puntuaron más alto con los siguientes datos: $t_{(118)} = 3,70$, $p < 0,001$, $d = 0,71$ ($M = 13,06 / M = 7,02$).

Discusión/Conclusiones

Los familiares de personas con problemas de juego patológico mostraron puntuaciones por debajo en los esquemas de Privación, Abandono y Fracaso. El

esquema de Privación incluye la creencia de que las necesidades emocionales de la persona no serán adecuadamente satisfechas por las otras personas. El esquema de Abandono se basa en la creencia de que los otros/as significativos no le ofrecerán el apoyo emocional o protección que la persona necesita porque le abandonarán en pro de alguien mejor. En el caso del esquema Fracaso, se describe la creencia de que uno/a ha fallado, que fallará inevitablemente, o que es una persona fundamentalmente inadecuada en comparación con los otros en áreas de logro. Estos resultados son coincidentes con el estudio realizado por Estévez y Calvete (2007) realizado con muestra control equivalente a la de jugadores/as en la que una parte estaba compuesta por cónyuges de los jugadores/as.

Uno de los resultados que ha llamado la atención es el relativo al esquema disfuncional de Dependencia. Los familiares de los jugadores puntuaron significativamente más alto en este esquema que incluye las creencias profundas acerca de una necesidad mayor de apoyo constante de los demás para salir adelante. Este dato contrasta con el obtenido en el mencionado estudio de Estévez y Calvete (2007). Una de las razones de esta diferencia puede deberse a que la muestra de este estudio ha estado compuesta únicamente por familiares de jugadores/as. Sin embargo, el estudio anterior tan solo una parte de la misma lo componían las parejas de los jugadores/as.

Por último, mencionar que estos familiares sufren mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Estos resultados son coincidentes con buena parte de la literatura que destaca las consecuencias que tiene el juego en la salud mental en los familiares (Crisp, Thomas, Jackson, y Thomason, 2001; Lorenz y Yaffee, 1988, 1989).

Referencias

- Cid, J., y Torrubia, R. (2002, septiembre). Schema as a construct in cognitive behavioural therapy: A study of psychometric validity using the Young Schema Questionnaire. Comunicación presentada en el XXXII European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Maastrich, Bélgica.
- Crisp, B.R., Thomas, S.A., Jackson, A.C., y Thomason, N. (2001). The influence of demographic, behavioural and treatment characteristics on outcomes achieved by problem gamblers in respect of their gambling behavior. *Australian Journal of Primary Health*, 7, 32-36.
- Derogatis, L.R. (1983). *The SCL-90 administration, scoring and procedures manual*. Towson, M.D.: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- Dominguez, A.M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27, 3-20.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18, 23-43.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburua, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clínica y Salud*, 11, 5-14.
- Lesieur, H.R. (1984). *The Chase: Career of the Compulsive Gambler*. Cambridge, M.A.: Schenkman.
- Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A. (1988). Pathological gamblers: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by spouses. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
- Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 113-126.
- Petry, N. (2005). Comorbidity of disordered gambling and other psychiatric disorders. En N. Petry (Ed.), *Pathological gambling: etiology, comorbidity and treatment*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Pinhas N. Dannon, P.N., Lowengrub, K., Aizer, A. y Kotler, M. (2006). Pathological Gambling: Comorbid Psychiatric Diagnoses in Patients and their Families. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 43, 88-92.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Young, J.E. y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-S1*. New York, N.Y.: Cognitive Therapy Center.