



# I Congreso Virtual Internacional de Psicología

*del 15 marzo al 14 de abril de 2017*

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

Fátima Domenech González, Ana M<sup>a</sup>. Domínguez Álvarez, Miguel Garrido Fernández.

[fadogo\\_92@hotmail.com](mailto:fadogo_92@hotmail.com)

### **RESUMEN**

El objetivo del presente trabajo de investigación es analizar la relación entre el juego patológico y la composición familiar, entendiendo ésta como el resultado de la combinación de la amplitud de la familia y el orden de nacimiento. Para tal propósito se empleó una muestra total de 80 varones jóvenes (con edades comprendidas entre 18 y 30 años), quienes fueron distribuidos en dos grupos de 40 participantes cada uno de ellos: grupo clínico y grupo control. Ambos grupos cumplieron la Hoja de Datos Sociodemográficos, elaborada para este estudio; y el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), el instrumento más difundido y utilizado en la evaluación del juego patológico. En cuanto al análisis estadístico de los datos, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con el propósito de analizar la relación entre las diferentes variables. Así, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre Amplitud de la familia y Grupo ( $X^2 = 4.178$ ;  $gl = 1$ ;  $p = .041$ ), así como entre las variables Orden de nacimiento y Grupo ( $X^2 = 8.720$ ;  $gl = 3$ ;  $p = .033$ ), cumpliéndose así las hipótesis propuestas. Por tanto, y a modo de conclusión, se puede decir que, tanto el orden de nacimiento en la familia, como la amplitud de ésta, están relacionados con el juego patológico. En concreto, entre los jugadores patológicos, se halla una mayor proporción de hermanos medianos que pertenecen a familias numerosas.

### **INTRODUCCIÓN**

Desde la antigüedad, el juego se ha constituido como una actividad común a todas las sociedades y culturas (Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011). Es una de las actividades humanas más importantes (Valera, 2015), desempeñando un papel fundamental desde el punto de vista del ciclo vital (Garrido, Jaén y Domínguez, 2004) ya que, además de causar placer, permite establecer interacciones sociales y con ello la socialización. De esta forma, su función lúdica se encuentra vinculada a su proceso de socialización (Bahamón, 2013; Ladouceur, 1993; Lucena, 2013; Moreno, 2007; Obando y Parrado, 2015; Secades y Villa, 1998).

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

Asimismo, el juego es una actividad a la que tienen acceso los adultos y que puede integrar componentes como el azar. Así, el juego de azar facilita la aparición de conductas problemáticas, por lo que es uno de los tipos de juegos que desarrollan mayor dependencia (Buil, Solé y García, 2015; Cia, 2013; Jiménez, García, Montero y Perea, 2011; Lucena, 2013). Y, aunque se ha practicado siempre, desde 1977, año en el que se legalizó el juego de azar en España, ha habido una gran proliferación de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, y ha aumentado la oferta de bingos, casinos y juego tradicionales (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014; Mazón, 2014).

Al mismo tiempo, la aparición de las nuevas tecnologías, incrementa la oferta de apuestas y juegos online, lo que facilita el acceso a un mayor número de jugadores (especialmente adolescentes y jóvenes), influenciados por la gran capacidad de persuasión de los medios de comunicación (Domínguez, 2009; Garrido et al., 2004).

En consecuencia, la práctica de los juegos de azar es un hecho con suma presencia en la actualidad y que supone un gran impacto económico y social (Cia, 2013; Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011), lo cual se evidencia tanto en el gran desarrollo de la industria del juego, como en el aumento del riesgo y de los casos de ludopatía (Echeburúa et al., 2014; Obando y Parrado, 2015; Zapata, Torres De Galvis y Montoya, 2010).

De este modo, se puede inferir que, a pesar de que el juego de azar es una actividad gratificante, es potencialmente problemática si se repite aunque ésta conlleve consecuencias negativas. Por ello, de una conducta inicialmente "inofensiva" o no problemática, se pueden hacer usos excesivos en función de la intensidad, frecuencia o cantidad de dinero invertida (Garrido et al., 2004) y grado de interferencia negativa en las relaciones familiares, sociales y laborales/académicas de las personas implicadas (Cantero y Bertolín, 2015; Echeburúa, Becoña y Labrador, 2010; Echeburúa et al., 2014; Garrido et al., 2004).

En este sentido, la conducta de juego debe considerarse desde una perspectiva dimensional, como un continuo conformado por estadios que reflejan distintos grados de implicación en el juego: desde el juego social y responsable, pasando por la conducta o el juego problemático y llegando al juego patológico, ludopatía o ludomanía (Ibáñez y Sáiz, 2001; Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011; Moreno, 2007; Sarabia, Estévez y Herrero, 2014a). Esta última es definida como "un fracaso progresivo y crónico de resistir el impulso de jugar, convirtiéndose en una conducta desadaptativa que daña y lesiona los objetivos personales, familiares y vocacionales" (Secades y Villa, 1998, p. 32). Se trata de un fenómeno considerado en España un problema de salud pública con gran repercusión clínica y relevancia social (Buil et al., 2015; Echeburúa, 1992; Echeburúa et al., 2014; Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011; Obando y Parrado, 2015; Valera, 2015).

Vinculado al concepto de juego patológico se encuentra el concepto de jugador. Han sido muchas las clasificaciones propuestas acerca de los distintos tipos de personas jugadoras, siendo la

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

planteada por Ochoa y Labrador (1994) la que tiene más en cuenta el despliegue de conductas que lleva a cabo el jugador y los efectos que éstas tienen en su familia y entorno. De esta forma, según estos autores, existen cuatro tipos de jugadores: jugador social, jugador profesional, jugador problema y jugador patológico.

Así pues, y a pesar de que los problemas relacionados con el juego han acompañado al ser humano desde sus orígenes (Ibáñez y Sáiz, 2001), no es hasta 1980, cuando la American Psychiatric Association (APA) en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, concretamente en su tercera edición (DSM-III), incluye el juego patológico como entidad nosológica propia y con unos criterios específicos, reconociéndolo así formalmente como trastorno mental e incluyéndolo concretamente, en el apartado de "trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados" (APA, 1980).

Tras dicha inclusión, en las sucesivas revisiones de esta clasificación se han ido realizando modificaciones en cuanto a los criterios diagnósticos, la concepción del trastorno y su ubicación categorial, hasta la última versión (DSM-V) (APA, 2014), en la que el juego patológico se incluye en los "trastornos no relacionados con sustancias".

De este modo, y dadas las similitudes entre la adicción a sustancias y el juego patológico, en la actualidad, éste es concebido desde el marco de las adicciones y considerado una adicción psicológica, sin droga o conductual (Buil et al., 2015; Obando y Parrado, 2015; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010; Secades y Villa, 1998; Valera, 2015).

Por otra parte, respecto a la prevalencia de este trastorno, a edades tempranas ya se detectan problemas relacionados con el juego (Becoña, 1997; Sarabia, Estévez y Herrero, 2014b), habiendo disminuido en los últimos años la edad de las personas adictas al juego. Investigaciones sitúan en la adolescencia o juventud el inicio en el juego de azar por parte de jugadores patológicos adultos (Domínguez, 2009; Moreno, 2007). Además, los datos obtenidos en los estudios realizados (Jiménez et al., 2011; Muñoz, 2008; Valera, 2015) señalan que la prevalencia del juego patológico es superior en adolescentes y jóvenes que en adultos, situándose ésta entre el 1.6% y el 5.6% (Becoña, 1997; Becoña, Míguez y Vázquez, 2001a; Becoña, Míguez y Vázquez, 2001b; Jiménez et al., 2011; Valera, 2015; Villoria, 2003). Asimismo, según los distintos autores, el sector de población más afectado, puede ser el que abarca desde los 15 a los 29 años (Atienza, 2006) o el que va desde los 18 a los 30 años (Domínguez, 2009), sector en el que nos centraremos en este estudio.

En cuanto al curso natural del trastorno, según Custer (1984), el desarrollo y la progresión del juego patológico siguen un patrón uniforme, pasando la persona jugadora, en la mayoría de las ocasiones, por tres fases: fase de ganancia, fase de pérdida y fase de desesperación. Además, Lesieur y Rosenthal (citado en Moreno, 2007), describen una cuarta fase denominada de desesperanza o abandono. Sin embargo, este aspecto evolutivo no está totalmente resuelto,

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

debido al desconocimiento acerca de cómo son las líneas divisoras entre las fases, las cuales son consideradas imperceptibles e impredecibles (Villoria, 2003).

Por otro lado, para hacer referencia a las consecuencias del diagnóstico y desarrollo del juego patológico, cabe señalar que, Lazarus y Folkman (citado en González y Landero, 2006) definen el estrés psicológico como "una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y, que pone en peligro su bienestar" (p. 50).

Sandín (1999), por su parte, considera el estrés como un proceso que incluye diferentes componentes. El modelo presenta en primer lugar las demandas psicosociales, correspondientes a los estresores ambientales y psicosociales. En segundo lugar, se tiene en cuenta la evaluación cognitiva, referida a la valoración que la persona hace con respecto a la situación y en relación a su bienestar personal, dando lugar las distintas formas de evaluar la situación, tres tipos de estrés psicológico: daño/perdida, amenaza y desafío. Posteriormente a dicha evaluación, en el modelo se presenta la respuesta de estrés, que puede englobar respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales.

Así, el inicio del proceso de estrés se plantea cuando la persona se enfrenta a un estresor, pudiendo ser éste un suceso vital, definido por Peñacoba y Moreno (citado en González y Landero, 2006) como "circunstancias que requieren un ajuste por parte de los individuos debido fundamentalmente a cambios en su entorno" (p. 54) y considerándose habitualmente como no planificados y perjudiciales tanto a nivel físico, como psicológico, disminuyendo así la calidad de vida de la persona.

En consecuencia, y siguiendo el modelo planteado por Sandín, el diagnóstico de juego patológico (junto con todo lo que ello conlleva, como es el hecho de pedir ayuda e iniciar el proceso de tratamiento) constituye un estresor potencialmente estresante, que marca con probabilidad el inicio de un proceso de estrés, dada la necesidad de adaptación y ajuste ante esta nueva situación y los cambios asociados a la misma. Posteriormente, y tras la valoración de la situación como estresante, aparecería el estrés psicológico de tipo daño/pérdida, ya que el diagnóstico de juego patológico (como el acudir a tratamiento) conlleva la pérdida del control por parte de la persona, la pérdida de la salud, de la libertad, etc. Por todo ello, la persona podría desarrollar respuestas emocionales negativas tales como la ansiedad y la depresión.

En este sentido, la ansiedad es considerada una emoción propia del estrés, que tiende a aparecer cuando la persona no confía en su capacidad para manejar las situaciones que le rodean de manera efectiva (Lazarus, 2000).

Respecto a la depresión, señalar que, tras experimentar una pérdida importante, la persona puede sentirse abrumada e indefensa para manejar las demandas de su entorno, las cuales considera muy superiores a sus propios recursos (Lazarus, 2000). Por ello, y siguiendo la teoría

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

sobre la depresión de Beck (citado en González y Landero, 2006), la activación de patrones cognitivos negativos, da lugar a los signos y síntomas de la depresión.

De acuerdo con estas afirmaciones, se puede decir que el estrés psicológico, en este caso, el derivado del diagnóstico de juego patológico, tiene un importante rol en el desencadenamiento y evolución de trastornos mentales asociados a emociones negativas. Así, teniendo en cuenta las implicaciones mencionadas de cada una de ellas, y la evolución del trastorno, entendiendo ésta como el periodo medio de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, se puede señalar que: en un primer momento se desarrollarían los trastornos de ansiedad, estando presentes en mayor proporción en aquellas personas con una evolución corta; y posteriormente los trastornos emocionales, como la depresión, la cual estaría presente en mayor proporción en personas de una evolución mayor.

Sobre la base de las ideas expuestas, señalar que, entre los trastornos comórbidos asociados con frecuencia al juego patológico, se encuentran los trastornos de ansiedad, los trastornos somáticos, el abuso de sustancias, los trastornos afectivos o del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, episodios depresivos recurrentes, manía e hipomanía (Bombín, 1992; Echeburúa, 1992; Echeburúa et al., 2014; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Garrido et al., 2004; Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011; Ortiz-Tallo, Cancino y Cobos, 2011; Secades y Villa, 1998; Zapata et al., 2010). También se ha asociado a trastornos del control de los impulsos, al trastorno por déficit de atención e hiperactividad y a los trastornos de personalidad. No obstante, se plantea que es más frecuente la presencia de rasgos de personalidad "problemáticos" que no son graves como para merecer un diagnóstico (Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011; Ortiz-Tallo et al., 2011).

Además, otras consecuencias asociadas al juego patológico son las conductas autodestructivas o intentos de suicidio, los problemas académicos, laborales y legales, el deterioro de las relaciones sociales, las mentiras y la pérdida de interés por aficiones (Bombín, 1992; Echeburúa et al., 2010; Garrido et al., 2004; Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011; Lucena, 2013).

Sin embargo, el juego patológico, no sólo tiene repercusiones en la persona que lo padece (en este caso la persona joven), sino también en su entorno. En concreto, se encuentra estrechamente vinculado con la familia: por un lado, el juego patológico tiene un gran impacto en el sistema familiar, por lo que afecta a su estructura, funciones y a las relaciones familiares; y por otro, el factor familiar se encuentra relacionado con la aparición, desarrollo, mantenimiento, tratamiento y desaparición del juego patológico (Garrido et al., 2004), constituyendo así tanto un elemento facilitador como inhibidor del juego (Moreno, 2007).

A este respecto, y teniendo en cuenta que son escasos los estudios que examinan la relación entre el juego patológico y la familia, las variables estructurales de la familia que más interés nos han suscitado, han sido el tamaño de la familia y el orden de nacimiento de los hijos, denominadas de manera conjunta como composición familiar (Vite y Ortiz, 2013).

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

En cuanto al tamaño de la familia, señalar que, tanto las relaciones familiares, es decir, la relación padres-hijo y la relación hermano-hermano, como la personalidad de cada miembro, están determinadas por el número de hermanos existentes en la familia (Valera, 1985).

Así pues, la familia pequeña, está representada por un máximo de dos hermanos. En ésta, generalmente no existen problemas de comunicación, además de posibilitar un amplio campo de acción para las relaciones fraternas (Valera, 1985). Asimismo, parece ser que existe un adecuado desarrollo intelectual y rendimiento académico de los hijos, dadas las oportunidades de educación y formación, las cuales se encuentran determinadas por los recursos económicos disponibles en la familia (Ledo, López de Mendiguren y Vadillo, 2012).

No obstante, en el caso de una familia pequeña con un único hijo, es necesario tener en cuenta ciertos matices. El hijo único es el receptor de la atención y el afecto parental, repercutiendo todo ello en una alta autoestima, además de una mayor capacidad de recuperación ante dificultades de índole emocional (Sánchez, 2012) pero, posee cierta carencia familiar, debido a la ausencia de relaciones sociales horizontales en la familia. Asimismo, puede estar sobreprotegido por las figuras paternas (Valera, 1985).

En lo relativo a la familia numerosa, está conformada por tres o más hermanos. En dicha familia puede ocurrir que las figuras paternas queden disueltas y que aparezcan problemas relacionados con la atención de las necesidades y demandas de los hijos, la repartición de recursos y la organización del sistema familiar. En este caso, existen dificultades en cuanto al desarrollo de relaciones familiares correctas. No obstante, existen familias numerosas que funcionan adecuadamente, pero en las que también se pueden detectar reacciones problemáticas, como puede ser el empleo de estilos educativos que conllevan efectos negativos (Sanhueza, 2009; Valera, 1985).

Atendiendo al orden de nacimiento o la posición ordinal de los hermanos, mencionar que, es un aspecto importante desde el punto de vista de la imagen que cada persona tiene de sí misma, además de las expectativas depositadas por los padres en los hijos (Ledo et al., 2012). Fue Adler (citado en Sandoval y Morales, 2015), el primer autor en reconocer cómo el orden de nacimiento constituye un factor significativo en el desarrollo de la personalidad, hecho que sostienen autores como Schultz y Schultz (2002). Es más, Adler consideraba que las primeras interacciones sociales, como las que pueden darse entre hermanos, son también influencias importantes en el desarrollo de la personalidad (Sandoval y Morales, 2015). "No hay dos niños, ni siquiera entre los nacidos en la misma familia, que crezcan en la misma situación. Aún dentro de la misma familia, la atmósfera que rodea a cada niño es totalmente única" (Adler y Brett, 1999, p. 35).

A pesar de todo ello, no se pueden establecer reglas definidas sobre el desarrollo infantil, es decir, no se puede afirmar que un niño, por el hecho de ocupar una posición determinada en su familia y experimentar ciertas interacciones sociales, esté determinado a presentar características fijas e invariables de personalidad y comportamiento, pero sí que es mucho más

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

probable que en base a ello presente ciertos rasgos característicos (Adler y Brett, 1999; Sánchez, 2012).

En este sentido, y siempre en términos generales, se puede decir que para el hijo primogénito o hermano mayor, el comportamiento de referencia es el de sus padres, por lo que tiende a asumir los valores paternos además de las normas de los adultos (Valera, 1985). Los hijos mayores suelen ser conservadores, competitivos, independientes y responsables (Adler y Brett, 1999; Ledo et al., 2012; Sánchez, 2012). Esto último sumado al coeficiente intelectual elevado que suelen presentar, da lugar a un buen rendimiento académico (Ledo et al., 2012; Sulloway, 1997; Valera, 1985).

Además, debido a que al principio están solos, reciben la atención exclusiva por parte de toda la familia, ocupando así una posición privilegiada (Sánchez, 2012; Schultz y Schultz, 2002; Valera, 1985). Sin embargo, al nacer un hermano, son destronados, ya que tienen que compartir la atención y el afecto parentales (Adler y Brett, 1999; Cloninger, 2003; Sánchez, 2012; Sulloway, 1997). Tanto es así que, según Adler y Brett (1999), con cierta frecuencia se orientan al pasado y se muestran pesimistas respecto al futuro. No obstante, a partir de este momento, su posición les hace tener grandes responsabilidades, aunque también son más escuchados y tenidos en cuenta, recibiendo más razonamientos por parte de los adultos (Adler y Brett, 1999; Sánchez, 2012; Valera, 1985).

El hijo intermedio o el hermano mediano, por su parte, posee una inteligencia menos convencional que la de su hermano mayor, siendo ésta más creativa e intuitiva. Tiene una idea desconcertante del mundo, siendo independiente, muy sugestionable y teniendo una actitud más abierta y progresista (Adler y Brett, 1999). Asimismo, puesto que tiene que luchar por su posición en la familia, puede creer que para ello necesita ser diferente, lo cual puede llevarle a ser rebelde y no reconocer ningún tipo de autoridad (Adler y Brett, 1999; Ledo et al., 2012; Sánchez, 2012).

Desde el principio, además de tener que compartir el afecto de sus progenitores (Schultz y Schultz, 2002), tiene a su hermano mayor como modelo, el cual constituye una fuente de competencia que puede estimular un desarrollo más rápido. Así pues, siempre intenta imitarlo y superarlo, aunque no puede, por lo que puede sentirse fracasado y mostrar profundos sentimientos de debilidad e inferioridad (Sánchez, 2012).

De este modo, y centrándonos en dichos sentimientos de inferioridad, señalar que, aunque éstos están presentes en la vida del ser humano desde sus comienzos, pueden intensificarse (por ejemplo por el empleo de estilos educativos parentales poco adecuados) y convertirse en anómalos, transformándose en un estado patológico o complejo de inferioridad. En este caso, el sentimiento de inferioridad deja de ser útil, ya que debilita a la persona y la lleva a ejecutar conductas destructivas e inútiles, incapacitándola así para su propio crecimiento y desarrollo (Adler y Brett, 1999; Gallegos, 2010).

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

El complejo de superioridad, por su parte, constituye el intento que las personas que se sienten inferiores emplean para escapar de las dificultades que poseen. Todo ello persigue el objetivo de compensar los sentimientos de inferioridad y ocultar así la inferioridad percibida, es decir, el complejo de superioridad constituye el intento de compensar un previo complejo de inferioridad mal resuelto (Gallegos, 2010). Dicho complejo de superioridad puede permanecer oculto o expresarse de diversas formas (Adler y Brett, 1999), representando una de ellas el caso de las personas con problemas de adicción quienes, como todo ser humano, persiguen la meta de la perfección y/o superioridad. Sin embargo, en este caso, no se puede reconocer una meta correcta, dado que eligen una dirección que contradice a la razón (Gallegos, 2010).

Además, lo expuesto sigue la línea de lo que Jacobs (1986) planteó con la Teoría General de las Adicciones y el Síndrome de Personalidad Adictiva (Addictive Personality Syndrome, APS). Este autor identificó dos factores de predisposición interrelacionados y comunes a todas las adicciones, los cuales determinan el riesgo que posee una persona de desarrollar y mantener un patrón de conducta adictivo, como es el caso del juego patológico: el factor de naturaleza fisiológica y el factor de naturaleza psicológica, en el que nos centraremos. Éste hace alusión a experiencias de desarrollo social tempranas, marcadas por la presencia de profundos sentimientos de inferioridad, insatisfacción, inutilidad y rechazo, favoreciendo dichos sentimientos el desempeño de actividades satisfactorias que supongan el alivio de los estados emocionales negativos experimentados, así como la aparición de estados disociativos que ayuden a huir temporalmente de la realidad ya que, en éstos, la persona desarrolla fantasías compensatorias (Echeburúa et al., 2010; Fernández-Alba, 2004; Garrido et al., 2004; Jacobs, 1986; Jiménez-Murcia y Aymamí, 2011; Moreno, 2007).

Por otra parte, y siguiendo con el orden de nacimiento, el hijo menor o hermano pequeño es el último en nacer, por lo que nunca experimenta el fenómeno del destronamiento (Ledo et al., 2012; Schultz y Schultz, 2002). Según Arranz (1989), los hermanos pequeños buscan su propio espacio de autodefinición y presentan una personalidad poco común, mostrando poco respeto por la autoridad y lo convencional. Suelen ser más creativos y estar bastante consentidos y mimados (aunque también pueden estar desatendidos), careciendo así del incentivo necesario para desarrollar su independencia (Cloninger, 2003; Ledo et al., 2012; Sánchez, 2012; Sulloway, 1997; Valera, 1985).

Por último, el hijo único siempre es el centro de atención (Adler y Brett, 1999; Cloninger, 2003; Schultz y Schultz, 2002), no teniendo que compartir ni recursos económicos ni afectivos (Ledo et al., 2012). Suelen ser hijos responsables, conformistas y apegados a las tradiciones de la familia (Sánchez, 2012). Se hallan en una posición idónea para el desarrollo intelectual óptimo y de la autoestima (Arranz, 1989; Ledo et al., 2012). Además, dado que pasan más tiempo con los adultos, sus modelos de identificación son personas adultas, por lo que suelen madurar de forma temprana (Sánchez, 2012; Schultz y Schultz, 2002).



## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

No obstante, poseen la carencia de las relaciones sociales en la familia, no estando habituados a compartir la atención. Además, pueden estar sobreprotegidos y apegados a las figuras paternas, lo que puede interferir en el desarrollo de su autonomía y llevarles a presentar dificultades en áreas de la vida en las que no son el centro de atención (Arranz, 1989; Sánchez, 2012; Valera, 1985). También tienen mayor probabilidad de ser triangulados, lo cual también puede dificultar el proceso de individuación (Ledo et al., 2012; Valera, 1985).

Así pues, en virtud de las ideas expuestas, y dada la inexistencia de estudios previos que examinen las relaciones entre todas las variables mencionadas, el objetivo general del presente estudio es analizar la relación entre el juego patológico y la composición familiar.

En cuanto a los objetivos específicos, se proponen los siguientes:

- Analizar la relación entre el juego patológico y la amplitud de la familia, teniendo en cuenta un grupo clínico y un grupo control.
- Analizar la relación entre el juego patológico y el orden de nacimiento en la familia, teniendo en cuenta tanto un grupo clínico, como un grupo control.

Para tal efecto, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Existirá una proporción significativamente mayor de participantes que pertenezcan a familias numerosas en el grupo clínico, que en el grupo control.
2. Existirá una proporción significativamente mayor de hermanos medianos en el grupo clínico, que en el grupo control.
3. Existirá una proporción significativamente mayor de hermanos medianos en el grupo clínico, en detrimento de la proporción representada por los hermanos mayores, pequeños e hijos únicos.

### MÉTODO

#### Participantes

La muestra total de este estudio (forma parte de una investigación más amplia realizada con la colaboración del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla) estuvo conformada por 80 varones jóvenes ( $n = 80$ ), con edades comprendidas entre 18 y 30 años, con una media de edad de 25.55 años ( $DT = 3.42$ ). Los criterios generales de inclusión fueron: 1) ser varón; 2) tener entre 18 y 30 años; 3) estar soltero; y 4) vivir con la familia de origen.

No obstante, a efectos de análisis de datos, la muestra total fue dividida en dos grupos. El grupo clínico, estuvo formado por 40 participantes seleccionados mediante muestreo intencional que, además de cumplir los criterios generales de inclusión anteriormente mencionados, cumplían los siguientes criterios específicos: 1) poseer el diagnóstico de juego patológico según el *Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)*; y 2) acudir regularmente a sesiones

## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

de terapia a una asociación específica de juego patológico de Sevilla. En este sentido, tomando como base la clasificación planteada por Ochoa y Labrador (1994), todos los participantes de este grupo eran jugadores patológicos.

El grupo control, por su parte, estuvo formado por 40 participantes seleccionados mediante muestreo intencional de la población general, quienes cumplían los criterios generales de inclusión ya mencionados.

### Instrumentos

En este estudio se utilizaron dos instrumentos: uno para la recogida de los datos sociodemográficos y otro para la evaluación del juego patológico de manera específica.

En primer lugar, la *Hoja de Datos sociodemográficos*, elaborada para el presente estudio, en la que se obtienen, entre otras, las principales variables que hemos analizado: edad, número de hermanos y orden de nacimiento o posición ordinal de los hermanos.

En segundo lugar, el *South Oaks Gambling Screen* (en adelante, SOGS) (*Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks*) de Lesieur y Blume (1987), cuya validación española ha sido realizada por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994). Es el instrumento más difundido y utilizado en la evaluación del juego patológico (Jiménez et al., 2011; Palumberi y Mannino, 2008), así como uno de los más fiables y válidos (Echeburúa et al., 1994; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Se presenta en forma de autoinforme, pudiéndose realizar también en el transcurso de una entrevista. Está conformado por 20 ítems, desarrollados a partir de los criterios del DSM-III (APA, 1980), aunque también se adaptan a las modificaciones introducidas por el DSM-III-R (APA, 1992). Dichos ítems evalúan diferentes cuestiones relativas a la conducta de juego (Echeburúa et al., 1994; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Secades y Villa, 1998; Zapata et al., 2010).

Los resultados obtenidos en la validación española muestran altos índices de fiabilidad y validez: una correlación del test-retest de .98 y un índice de consistencia interna, obtenido mediante el Alfa de Cronbach, de .94. Presenta una validez convergente de .92 con los criterios diagnósticos del DSM-III-R y una validez de contenido que abarca aproximadamente un 75% del contenido de dichos criterios (Bahamón, 2013; Echeburúa et al., 1994; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Moreno, 2007).

En esta prueba, el punto de corte propuesto es 4, indicando así que el sujeto es probablemente un jugador patológico. No obstante, además de detectar jugadores patológicos, también permite identificar a personas en situación de riesgo, lo cual facilita una intervención preventiva y terapéutica tempranas (Echeburúa et al., 1994; Ibáñez y Sáiz, 2001; Jiménez et al., 2011; Moreno, 2007; Palumberi y Mannino, 2008; Secades y Villa, 1998).

## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

### Procedimiento

La recogida de datos se realizó de forma paralela en los dos grupos de la muestra. De este modo, los participantes pertenecientes al grupo clínico, cumplimentaron el SOGS en el transcurso de las evaluaciones previas al tratamiento en la asociación de juego patológico. Posteriormente, tras haber sido informados y haber recibido el consentimiento informado de cada uno de ellos, y teniendo en cuenta los criterios de inclusión anteriormente descritos, cumplimentaron la *Hoja de Datos Sociodemográficos*.

Por otra parte, en cuanto a los participantes del grupo control, éstos fueron debidamente informados tanto del presente estudio como de sus objetivos, obteniendo así el consentimiento informado de los mismos. Una vez recibidos dichos consentimientos, cumplimentaron el SOGS y la *Hoja de Datos Sociodemográficos*.

### RESULTADOS

En primer, se analizó la relación entre las variables *Amplitud familiar* y *Grupo*, respondiendo así al primero de los objetivos de este estudio. De esta forma, en la Tabla 1 puede observarse la descripción cuantitativa de dichas variables, tanto en forma de frecuencias como de porcentajes.

Tabla 1. Resultados sobre Amplitud de la familia en función del Grupo ( $n = 80$ ).

		Grupo		
		Clínico	Control	Total
Amplitud de la familia	Pequeña	12 (30%)	21 (52.5%)	33 (41.3%)
	Numerosa	28 (70%)	19 (47.5%)	47 (58.8%)
Total		40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Asimismo, para determinar la significación estadística de las diferencias observadas entre estas variables, se aplicó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. De este modo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 4.178$ ;  $gl = 1$ ;  $p = .041$ ), encontrándose relacionadas entre sí las variables *Amplitud de la familia* y *Grupo*.

En segundo lugar, y con el propósito de responder a otro de los objetivos planteados, se analizó la relación entre las variables *Orden de nacimiento* y *Grupo*. En la Tabla 2 se puede observar la

## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

descripción cuantitativa, en forma de frecuencias y porcentajes, de las variables anteriormente mencionadas.

*Tabla 2. Resultados sobre Orden de nacimiento en función del Grupo (n = 80).*

	Grupo		
	Clínico	Control	Total
Orden de nacimiento mayor	13 (32.5%)	15 (37.5%)	28 (35%)
Hermano mediano	16 (40%)	5 (12.5%)	21 (26.3%)
Hermano pequeño	10 (25%)	17 (42.5%)	27 (33.8%)
Hijo único	1 (2.5%)	3 (7.5%)	4 (5%)
Total	40 (100%)	40 (100%)	80 (100%)

Además, para determinar la significación estadística de las diferencias observadas entre estas variables, es decir, *Orden de nacimiento* y *Grupo*, se aplicó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. En este sentido, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $X^2 = 8.720$ ;  $gl = 3$ ;  $p = .033$ ), por lo que las variables mencionadas se encuentran relacionadas, es decir, no son independientes.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el planteamiento del presente estudio, el propósito era analizar las relaciones entre el juego patológico y la composición familiar (entendiendo ésta como el resultado de la combinación de la amplitud de la familia y del orden de nacimiento en la misma). A la vista de los resultados obtenidos, pueden ser comentadas ciertas cuestiones, las cuales se exponen a continuación.

En primer lugar, respecto a la *amplitud de la familia*, una de las variables que conforman la composición familiar, mencionar que, se confirma la hipótesis según la cual existe una proporción mayor de participantes que pertenecen a familias numerosas en el grupo clínico, que en el grupo control, dado que se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos, en lo relativo a dicha variable.

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

Estos resultados siguen la línea de las afirmaciones planteadas por varios autores (Sanhueza, 2009; Valera, 1985), según las cuales, el hecho de pertenecer a una familia numerosa implica la posibilidad de coexistir con determinadas dificultades familiares, relacionadas con la adecuada distribución de las tareas; los recursos, encontrándose más limitadas así las oportunidades de educación y formación; y la atención. Todo ello puede dar origen a problemas relacionales y conductuales. No obstante, y a pesar de un posible adecuado funcionamiento, pueden presentar problemas de distinto orden, como es el caso del empleo de estilos educativos poco adecuados. Así pues, se puede concluir que, el hecho de pertenecer a una familia numerosa, parece ser un factor de riesgo o predisponente para el juego patológico.

En cuanto a *orden de nacimiento* en la familia, la segunda de las variables que conforman la composición familiar, señalar que, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el grupo control. En concreto, y confirmando la hipótesis planteada, existe una proporción significativamente mayor de hermanos medianos en el grupo clínico, que en el grupo control. Además, y respondiendo a la segunda hipótesis relativa a esta variable, en el grupo clínico existe una mayor proporción de hermanos medianos, en comparación con la proporción de hermanos mayores, pequeños e hijos únicos.

Esto concuerda con los datos relativos a las características generales de personalidad y de comportamiento que son atribuidas de manera general a los hermanos medianos, por el hecho de serlos. De esta forma, éstos siempre tienen que compartir el afecto de sus progenitores, siendo objeto de comparaciones con sus hermanos mayores e intentando en numerosas ocasiones imitarlos y superarlos, pudiendo fracasar en dichos intentos y mostrar así profundos sentimientos de inferioridad por ello (Sánchez, 2012; Schultz y Schultz, 2002; Sulloway, 1997). Dichos sentimientos pueden volverse más intensos y transformarse así en un complejo de inferioridad (Adler y Brett, 1999), cuyo intento de compensación está constituido por el complejo de superioridad (Gallegos, 2010). Éste puede expresarse de distintas formas (Adler y Brett, 1999), estando representada una de ellas por las personas con problemas de adicción quienes, al igual que todo ser humano, persiguen la meta de la perfección (Gallegos, 2010). No obstante, en este caso, eligen una incorrecta, ya que eligen una dirección que les lleva hacia falsos valores y a tratar de esconder sus sentimientos de inferioridad en las ilusiones obtenidas por la ejecución de comportamientos de manera problemática, pudiendo llegar así a desarrollar trastornos como el juego patológico.

Estos hallazgos se encuentran corroborados por el modelo planteado por Jacobs (1986), quien identifica las experiencias de desarrollo social tempranas, marcadas por la presencia de profundos sentimientos de inferioridad, como un factor de predisposición a desarrollar y mantener un patrón de conducta adictivo.

Por todo ello, tanto el orden de nacimiento en la familia, como los sentimientos de inferioridad, se encuentran vinculados con el inicio, desarrollo y mantenimiento del juego patológico.

## **RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN**

Así pues, las conclusiones derivadas de este estudio se plantean a continuación. En primer lugar, se puede decir que, tanto el orden de nacimiento en la familia, como la amplitud de ésta, están relacionados con el juego patológico, en el sentido de que, entre los jugadores patológicos, se halla una mayor proporción de hermanos medianos que pertenecen a familias numerosas. En segundo lugar, el juego patológico guarda relación tanto con el orden de nacimiento, como con los sentimientos de inferioridad, siendo necesaria la evaluación de dichas variables, para así tenerlas en cuenta a la hora de diseñar el tratamiento adecuado para el abordaje del juego patológico.

Para finalizar, se considera importante señalar que el presente estudio cuenta con varios puntos fuertes o virtudes. Primero, se ha llevado a cabo con una muestra amplia de jóvenes, empleando un grupo clínico y un grupo control que, además de ser equiparables en cuanto a tamaño, han hecho posible las comparaciones entre los mismos.

En segundo lugar, se han empleado variables "tradicionales" para estudiar relaciones entre las mismas, relativamente novedosas. Así pues, todo ello nos ha permitido identificar factores de riesgo para el juego patológico, siendo muy importante el tenerlos en cuenta para poder implementar tratamientos adecuados y adaptados a cada caso concreto. No obstante, son más relevantes, aún si cabe, las acciones preventivas a llevar a cabo, especialmente a edades tempranas, es decir, en la población adolescente y joven que aquí nos ocupa, para evitar así el desarrollo del juego patológico en la edad adulta.

No obstante, también posee ciertas limitaciones. De este modo, al tratarse de una investigación post hoc, los objetivos e hipótesis de investigación se han planteado en base a datos ya disponibles, habiéndonos tenido que adaptar así a los mismos. Al mismo tiempo, al tratarse de un estudio transversal, no se han podido extraer conclusiones sobre la causalidad. Además, el hecho de no haber incluido a mujeres (es necesario tener en cuenta la baja prevalencia del juego patológico entre las mujeres), supone no poder comparar sus resultados con los obtenidos por hombres. Por último, en cuanto a los instrumentos de evaluación, la hoja de datos sociodemográficos empleada, no recoge cuestiones relativas a información relevante, lo que implica una pérdida notable de información.

En este sentido, para futuras líneas de investigación, sería interesante replicar el presente estudio y efectuar un seguimiento a largo plazo, lo cual permitiría obtener conclusiones más firmes. También sería interesante replicarlo empleando una muestra compuesta sólo por mujeres, con el objeto de comparar los resultados con los obtenidos en este estudio. No obstante, y con expectativas de realizar un estudio aún más completo, se podría replicar el presente estudio incluyendo en el mismo tanto a hombres como mujeres, lo que permitiría hallar de manera directa las posibles diferencias relativas al género: los factores desencadenantes y mantenedores del problema, las motivaciones a la hora de jugar y buscar ayuda, las características relativas a la conducta de juego y al inicio y curso del trastorno, etc.

## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

Asimismo, con respecto a la familia, resultaría de gran utilidad explorar los antecedentes psíquicos generales presentes y, de manera específica, los de juego patológico, así como aquellas patologías más frecuentes en el ámbito familiar de este trastorno.

Del mismo modo, el hecho de emplear una hoja de datos sociodemográficos que recogiera una mayor cantidad de información, supondría el poder analizar y relacionar un mayor número de variables. Sin embargo, la forma de obtener respuestas más completas a preguntas, es a través del desarrollo de investigaciones de corte cualitativo, por lo que es otro aspecto a tener en cuenta.

Por último, y no por ello menos importante, sería interesante emplear una muestra más amplia aún, dado que, un tamaño muestral mayor podría implicar la obtención de resultados significativos y generalizables.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Adler, A. y Brett, C. (1999). *Comprender la vida* (Trad. P. Paterna). Barcelona: Paidós.
2. American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.<sup>a</sup> ed.) (DSM-III). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association (APA) (1992). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (3.<sup>a</sup> ed. revisada) (DSM-III-R). Barcelona: Masson.
4. American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.<sup>a</sup> ed.) (DSM-V). Madrid: Panamericana.
5. Arranz, E. (1.989). *Psicología de las relaciones fraternas*. Barcelona: Herder Editorial.
6. Atienza, C. J. (2006). *Cuando jugar no es divertido. Una guía para conocer el juego patológico*. Cádiz: Servicio Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Cádiz.
7. Bahamón, M. J. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 89-10.
8. Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports*, 81, 275-287.
9. Becoña, E., Míguez, M. C. y Vázquez, F. L. (2001a). El juego problema en los estudiantes de enseñanza secundaria. *Psicothema*, 13(4), 551-556.
10. Becoña, E., Míguez, M. C. y Vázquez, F. L. (2001b). El juego problema en los niños escolarizados de la enseñanza secundaria de 14 y más años de Galicia. *Psicothema*, 13(4), 559-564.
11. Bombín, B. (1992). *El juego de azar: patología y testimonio*. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.
12. Buil, P., Solé, M. J. y García, P. (2015). La regulación publicitaria de los juegos de azar online en España. Una reflexión sobre la protección del menor. *Adicciones*, 27(3), 198-204.

## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

13. Cantero, F. y Bertolín, J. M. (2015). Influencia de las nuevas tecnologías en los problemas de juego y en las compras impulsivas en los jóvenes. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(4), 34-47.
14. Cia, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 76(4), 210- 217.
15. Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad* (3.ª ed.). México: Pearson Educación.
16. Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
17. Domínguez, A. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 3-20.
18. Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4(1), 7-20.
19. Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(74), 769-791.
20. Echeburúa, E., Becoña, E. y Labrador, F. J. (2010). *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento*. Madrid: Pirámide.
21. Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia Psicológica*, 32(1), 31-40.
22. Fernández-Alba, A. (2004). Características clínicas y comorbilidad psiquiátrica en jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio, en tratamiento: estudio de la población menor de 30 años. *Adicciones*, 16(1), 7-18.
23. Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
24. Gallegos, M. A. (2010). *Estudio de las motivaciones, criterios, concepciones de los estudiantes de segundo semestre de la carrera de psicología de la universidad politécnica salesiana sobre la psicología como carrera y profesión en relación con su proyecto de vida* (Tesis doctoral, Quito). Disponible en <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/887/5/UPS-QT00237.pdf>
25. Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares: clínica y tratamiento*. Barcelona: Paidós.
26. González, M. T. y Landero, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(1), 45-61.
27. Ibáñez, A. y Sáiz, J. (2001). *La ludopatía: una "nueva enfermedad"*. Barcelona: Masson.
28. Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 15- 31.



## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

29. Jiménez, M. A., García, C., Montero, M. y Perea, M. C. (2011). Estudiantes universitarios y juego patológico. Un estudio empírico en la Universidad de Murcia. *Escritos de Psicología*, 4(3), 50-59.
30. Jiménez-Murcia, S. y Aymamí, M. N. (2011). Juego patológico. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 385-421). Barcelona: Elsevier Masson.
31. Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1(3), 361-374.
32. Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
33. Ledo, I., López de Mendiguren, T. y Vadillo, S. (2012). *Diagnóstico y posición en la fratría*. Disponible en <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/Trabajo%203%C2%BA%20BI%2011-12%20-%20Ledo,%20L%C3%B3pez%20y%20Vadillo.pdf>
34. Lesieur, H. R. y 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. doi: 10.1176/ajp.144.9.1184
35. Lucena, V. (2013). *Consumo de drogas, percepción de riesgo y adicciones sin sustancias en los jóvenes de la provincia de Córdoba* (Tesis doctoral, Córdoba). Disponible en <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10760/803.pdf?sequence=1>
36. Mazón, M. (2014). España un gran casino. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(2), 5-9.
37. Moreno, S. (2007). *Guía clínica. Actuar ante el juego patológico*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
38. Muñoz, Y. (2008). Meta-análisis sobre el juego patológico. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 150-159.
39. Obando, L. C. y Parrado, F. E. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51-61. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5295907.pdf>
40. Ochoa, E. y Labrador, F. J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
41. Ortiz-Tallo, M., Cancino, C. y Cobos, S. (2011). Juego patológico, patrones de personalidad y síndromes clínicos. *Adicciones*, 23(3), 189-197.
42. Palumberi, E. y Mannino, G. (2008). Ludopatía. Un estudio comparativo realizado en Italia y España. *Humanismo y Trabajo Social*, 7, 155-196.
43. Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22(4), 301-310.

## RELACIÓN ENTRE EL JUEGO PATOLÓGICO Y LA COMPOSICIÓN FAMILIAR, EN POBLACIÓN JOVEN

44. Sánchez, C. C. (2012) *Orden de nacimiento y su influencia en la personalidad de los niños* (Tesis doctoral, Quetzaltenango). Disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Sanchez-Carminia.pdf>
45. Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
46. Sandoval, G. O. y Morales, P. (2015). El orden de nacimiento explorado en la composición de los grupos de trabajo. Un estudio de caso. *Episteme*, (4), 19-27. Disponible en <http://www.upncelaya.edu.mx/revista?id=4>
47. Sanhueza, C. (2009) Tamaño de familia y orden de nacimiento en Chile: usando gemelos como experimento natural. *Revista de Análisis Económico*, 24(2), 133- 152.
48. Sarabia, I., Estévez, A. y Herrero, D. (2014a). Perfiles de jugadores patológicos en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(2), 46-58.
49. Sarabia, I., Estévez, A. y Herrero, D. (2014b). Situación actual del juego con dinero en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(2), 57-68.
50. Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
51. Schultz, D. P y Schultz, S. E. (2002). *Teorías de la personalidad* (7.ª ed.). Madrid: Thomson.
52. Sulloway, F. J. (1997). *Rebeldes de nacimiento* (Trad. M. Abdala). Barcelona: Planeta.
53. Valera, J. (1985) *Influencia de los familiares en la personalidad del niño*. Madrid: Narcea.
54. Valera, J. O. (2015). *Caracterización sociodemográfica y clínica de una muestra de jugadores patológicos que acuden a tratamiento psicológico* (Tesis doctoral, Murcia). Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/47128>
55. Villoria, C. (2003). El juego patológico en los universitarios de la comunidad de Madrid. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 14(1), 43-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617967003>
56. Vite, A. y Ortiz, A. B. (2013) Orden de nacimiento y asincronía materna. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 6(1), 17-23.
57. Zapata, M. A., Torres De Galvis, Y. y Montoya, L. P. (2010). Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín-Colombia, *Adicciones*, 23(1), 17-25.