

**PERFIL CLÍNICO DE PERSONALIDAD MEDIANTE EL
INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL (MCMI-II) EN POBLACION
LUDÓPATA DEL I.N.S.M. “H.D.-H.N.”**

Autores: Melissa Noemí Paredes Torres, Alfonso Paredes Aguirre

Responsable: Alfonso Paredes Aguirre

Universidad Peruana Unión – Perú



Investigación Psicología Salud Mental

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar el perfil clínico de la personalidad de una población ludópata mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II).

MATERIAL Y MÉTODOS. El tipo de estudio fue cuantitativo, y del nivel descriptivo. El diseño de la investigación fue no experimental, transversal y retrospectivo. La población estuvo constituida por 19 pacientes con diagnóstico de ludopatía, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 60 años. Se empleó la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) de Kudó (1999). Se tomaron en cuenta sólo los patrones clínicos y las patologías severas de la personalidad del MCMI-II. Además, se analizó su nivel de confiabilidad obteniendo un 0.77 para cada escala.

RESULTADOS: El 79% de los sujetos estudiados presentaban al menos un trastorno de la personalidad. Además, las escalas que se presentaron con mayor frecuencia y que obtuvieron puntajes elevados significativos fueron: Agresivo- Sádico (52,6%), Narcisista (42,1%), Pasivo- Agresivo (42,1%), Evitativo (36,8%) y Antisocial (36,8%). Por otro lado, se obtuvo como media 3,4 trastornos de personalidad por sujeto. Finalmente, se estableció el perfil clínico de la personalidad, tomando en cuenta las escalas con mayor prevalencia en la población de estudio.

CONCLUSIONES: Un gran porcentaje de pacientes con diagnóstico de juego patológico presentaron comorbilidad con los trastornos de la personalidad.

PALABRAS CLAVES: Perfil clínico, Patrones de personalidad, MCMI-II, Patologías Severas de personalidad, ludopatía, conducta de juego patológico.

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En los últimos años se ha producido un interés creciente por el estudio de la ludopatía como una nueva adicción, a pesar, de que este es un fenómeno que ha estado presente desde tiempos antiguos en diversas culturas a través del mundo (Red Salud UC, 2010). Los estudios llevados a cabo han estimado que tanto en Europa como en Norteamérica, la prevalencia de este trastorno en la población es de un 2-3%, y es dentro de este porcentaje que un 40% fluctúan entre los 18 a 30 años de edad (APA, 2005 y Chóliz, 2006). Sin embargo, en el Perú, no encontramos datos estadísticos sobre la prevalencia de este trastorno. A pesar, de esto es evidente que este no es un problema ajeno a nuestra población (Echeburúa, Fernández-Montalvo & Báez, 2000).

Ahora bien, se hace inevitable no considerar esta situación como alarmante, debido a que las cifras estadísticas reportadas por investigadores de otros países en relación a este trastorno revelan que este fenómeno va en aumento y las edades de inicio cada año van disminuyendo, acarreando un grave problema de salud pública y mental, que conlleva consecuencias perjudiciales y que afecta todos los ámbitos de la persona que lo padece, llevándolo a la pérdida de dinero, familia, trabajo y relaciones. Asimismo es un factor de riesgo para el abuso de drogas o para padecer de ansiedad o depresión, que en ocasiones podría finalizar en un suicidio (Aranda, Díaz, García & González, 1991; Báez, Borda, Salaverria, & Echeburúa, 1996; Echeburúa, Fernández-Montalvo & Báez, 2000, Muñoz, 2008 & Bisso-Andrade, 2007).

Conociendo pues, las graves repercusiones del Juego Patológico, se considera necesario el estudio de este fenómeno con respecto al perfil clínico de la personalidad, ya que si bien es cierto, existen estudios realizados llevados a cabo en otros países, sus resultados son muy heterogéneos, no permitiéndonos establecer un perfil homogéneo de los Trastornos de la Personalidad en este tipo de pacientes y por ende no se puede brindar un tratamiento integral que busque la recuperación del paciente a través de diversos enfoques de tratamiento del juego patológico y que trate alguna otra patología asociada como es el caso de los Trastornos de la Personalidad.

Por ello, el objetivo de esta investigación es conocer el perfil clínico de la personalidad en la población ludópata, a través de la medición con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), el cual es un instrumento de autoinforme muy utilizado en la evaluación de los trastornos de personalidad y cuyo autor ha ejercido una influencia determinante en la clasificación misma de los trastornos de personalidad del DSM-IV-TR.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

La mayoría de las investigaciones en nuestro país se han centrado en los trastornos de personalidad (TP) en población drogodependiente, siendo escasos los estudios en lo que respecta a los trastornos de personalidad en población ludópata. Sin embargo, y al igual que los adictos a sustancias, los jugadores patológicos presentan con mucha frecuencia otros trastornos mentales, entre los que se encuentran los trastornos de la personalidad.

En 1990, Lesieur & Blume estudiaron una población americana compuesta por 105 pacientes con conducta de juego patológico, encontrando que el 71%, presentaba un trastorno de la personalidad, destacándose el trastorno esquizotípico de la personalidad (28%) seguido de los trastornos de la personalidad compulsivo, pasivo-agresivo y borderline con un 14% cada uno.

Asimismo, Specker, Carlson, Edmonson, Johnson, & Marcotte (1996), llevaron a cabo un estudio en Norteamérica con una población de 40 sujetos y concluyeron que sólo un 25% presentaban un trastorno de la personalidad. El trastorno de personalidad por evitación tuvo mayor prevalencia (12,5%), seguido por el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno narcisista de la personalidad con un 5% respectivamente. Finalmente con un 2,5% el trastorno de personalidad paranoide y esquizoide respectivamente.

De igual manera, Blaszczynski & Steel, (1998, citados por Ibáñez & Sáiz, 2001), realizaron una investigación en Norteamérica con 82 sujetos con el objetivo de encontrar los trastornos de la personalidad más predominantes en los pacientes con conducta patológica. En sus resultados hallaron que un 93% de los sujetos presentaban un trastorno de personalidad, siendo el más predominante el trastorno de personalidad borderline con un 69%, el trastorno de personalidad histriónico con 65,9%, el trastorno narcisista con un 57% y el trastorno dependiente con un 40,2%, y el trastorno de personalidad antisocial con un 29,3%. Asimismo, hallaron una diferencia significativa en relación con los trastornos de personalidad en sujetos con adicción a sustancias en los cuales, el trastorno de personalidad antisocial fue el más predominante.

Es en el 2001, que Fernández-Montalvo & cl., realizan una investigación en la población ludópata española de la Asociación de Ayuda a Ludópatas “Ekintza-Dasalud” de la ciudad de Rentería, con la finalidad de conocer los trastornos de la personalidad que más destacan. Encontrando ligeras prevalencias del trastorno de personalidad antisocial y el trastorno borderline.

Finalmente, en el 2009 se llevó a cabo un estudio en la comunidad Vida Libre de Madrid con usuarios ludópatas, encontrando que el 84% de los sujetos presentaba puntuaciones mayores de 84 en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), teniendo como media 2,8 trastornos de personalidad por persona. Además, se observaron que los trastornos de la personalidad más frecuentes entre los jugadores, fueron: el trastorno obsesivo-compulsivo (35%), el trastorno dependiente (28%) el paranoide y el trastorno de personalidad esquizoide (25%) (Montesinos, 2009).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el presente estudio se pretende conocer cuál es el perfil clínico de la personalidad promedio en sujetos con conducta de juego patológico de la población asistida en el I.N.S.M. “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se constituye en un aporte teórico que incrementa el conocimiento sobre el tema, puesto que las fuentes bibliográficas, acerca del perfil clínico de la personalidad en sujetos con conducta de juego patológico, son muy escasas en la actualidad.

Asimismo, la información que se ha generado, es de suma importancia para la intervención, puesto que ayudará a brindar un tratamiento basado y enfocado en la recuperación de su adicción y un tratamiento adecuado y efectivo a los ludópatas según su trastorno de personalidad. Esto permitirá, una mejoría significativa de la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico de la personalidad mediante el inventario clínico multiaxial en sujetos con conducta de juego patológico del “I.N.S.M. “H.D-H.N”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el porcentaje de sujetos que presentan trastornos de personalidad con conducta de juego patológico.
- Identificar la existencia de patrones clínicos de la personalidad (Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádico, Compulsivo, Pasivo-Agresivo y Autoderrotista) en sujetos diagnosticados con conducta de juego patológico de la población clínica.
- Identificar la existencia de patologías severas de la personalidad (Esquizotípico, Borderline y Paranoide) en sujetos diagnosticados con conducta de juego patológico de la población clínica.
- Identificar la media de trastornos de la personalidad por sujeto con conducta de juego patológico.

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

- Describir a los sujetos de la población clínica diagnosticados con conducta de juego patológico que presentan uno o más de un trastorno de la personalidad.

MARCO TEÓRICO

BASES TEÓRICAS

COSMOVISIÓN CRISTIANA

La salud mental está integrada a la salud física y a la salud espiritual. Cuidar de ella es vital para el desarrollo pleno de una persona, pues es la voluntad divina. San Pablo manifestó “Amado, ruego que seas prosperado en todo así como prospera tu alma, y que tengas buena salud (3 Juan 1:2).

Consideramos que nuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, y por lo tanto no debe ser afectado por las recreaciones o entretenimientos malsanos. “Así que, hermanos, os ruego por las misericordias de Dios, que presentéis vuestros cuerpos en sacrificio vivo, santo, agradable a Dios, que es vuestro culto racional” (Romanos 12:1).

Por lo tanto, como profesionales de la salud psicológica debemos contribuir a conservar y/o restaurar la salud de la personas, a través de nuestras intervenciones profesionales y a través de nuestras investigaciones.

BASES TEÓRICAS DEL JUEGO PATOLÓGICO

DEFINICIÓN DE JUEGO PATOLÓGICO

El juego patológico es conocido también como: Ludopatía, ludomanía, juego compulsivo o adicción al juego.

El juego patológico es un trastorno de curso crónico que puede tener un patrón de juego continuo o episódico. Consiste en la incapacidad de resistir los impulsos a jugar (Van Voorhees, 2007). De igual manera la Organización Mundial de la Salud, así como también la Asociación Psiquiátrica Americana, concuerdan con la afirmación anterior, explicando que el juego patológico, es un trastorno del control de impulsos, en el que el individuo presenta dificultad para resistir los impulsos de jugar, experimentando, a su vez, placer al llevar a cabo la acción junto con sentimientos de culpa o arrepentimiento posteriores al juego.

TEORÍAS SOBRE EL JUEGO PATOLÓGICO

Teorías psicológicas

Desde los años ochenta, diversas teorías psicológicas han intentado observar, analizar y dar una explicación al fenómeno del juego patológico, entre ellas destacan las teorías psicoanalíticas, las teorías conductistas y las cognitivistas.

Teorías psicoanalíticas

Las teorías psicoanalíticas fueron las primeras en ofrecer una explicación del fenómeno del juego patológico, uno de sus más grandes exponentes fue Rosenthal (1987). Dicha teoría relaciona la ludopatía con complejos edípicos, atribuyéndole una personalidad masoquista de modo que utiliza el juego para obtener placer con el autocastigo. También se planteó que los jugadores, “tendían a presentar personalidades narcisistas que invocaban mecanismos de omnipotencia desafiando la lógica”. Sánchez (2003), cita a Villoria, el cual sostiene que para los psicoanalistas el juego de azar es una forma de autocastigo por culpas subjetivas no resueltas o un comportamiento inmaduro, infantil, como intento de prolongación o detención de las satisfacciones autoeróticas.

Teorías conductistas

Los representantes de esta teoría afirman que el juego es una conducta aprendida a través de un proceso de refuerzos.

Teorías cognitivas

El papel que las distorsiones cognitivas tienen en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico se ha señalado como fundamental por numerosos investigadores y autores.

Hipótesis biológicas

Las teorías biológicas por su parte plantean que existe una predisposición biológica que interactúa con los factores ambientales y psicosociales del sujeto, lo que favorecería el desarrollo de problemas con los juegos.

Teorías neurobiológicas

Los representantes de esta teoría consideran el juego patológico como un trastorno en el control de los impulsos, que supone la implicación de mecanismos serotoninérgicos; esta teoría señala como fundamentales el arousal (nivel de activación interna) y el rasgo temperamental, que sustenta la hipótesis de una alteración del sistema noradrenérgico; y el modelo de ludopatía como una adicción sin sustancia, que señala la implicación de las vías dopaminérgicas. Se han realizado distintos estudios, los cuales indican que existe una disminución en la actividad serotoninérgica, hallazgo común con otros trastornos del control

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

de los impulsos. Sin embargo, hay también datos que sugieren una disfunción noradrenérgica y una disfunción dopaminérgica. (Ibáñez & Saíz, 2000.)

- Déficit serotoninérgico: Las evidencias que apoyan la implicación serotoninérgica en su

Teoría de la Reversión

La teoría de la reversión, está basada al igual que la teoría neurobiológica en el *arousal* y parte de la teoría de la reversión de Apter. Entre los autores que defienden dicha Teoría, encontramos a:

Brown (1993), el cual sostiene que las pulsaciones del jugador aumentan cuando está jugando, el juego por tanto es excitante y para algunas personas esta excitación es un reforzador. La activación es significativamente mayor en los jugadores patológicos. Brown, incluye en su teoría como elemento importante la búsqueda de sensaciones y dice "la repetición constante de experiencias de fuerte activación en jugadores regulares durante largos períodos de tiempo puede producir efectos de condicionamiento pavloviano y si los jugadores patológicos se hacen adictos a algo, puede ser por la propia activación y sus efectos físicos y psicológicos".

Otros de los autores son, McCormick & Ramirez (1988), los cuales identifican cinco factores que pueden dar lugar al juego patológico:

- Una predisposición biológica.
- Un fracaso en la socialización.
- Vivencias estresantes en las primeras etapas de la vida.
- Determinadas variables de personalidad.
- Situaciones estresantes recientes.

Por último, Jacobs (1986), considera que la adicción es un estado dependiente que una persona con predisposición adquiere a lo largo del tiempo, en su intento de aliviar una conducta de estrés crónico. Dos son los factores que potencian y mantiene la conducta adictiva:

- Un nivel de arousal fisiológico percibido como crónico que puede estar en los dos extremos de un continuo: hipertenso (excitado)- hipotenso (deprimido), pero de cualquier modo desagradable para el individuo.
- Un factor de predisposición de naturaleza psicológica con sentimientos de incapacidad, inferioridad y sentido generalizado de ser rechazado/a.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Es en 1980 que la Ludopatía es reconocida oficialmente como una enfermedad por la Asociación de Psiquiatría Americana, y es incluida en una de las categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (APA, 1980).

Más tarde con la aparición del DSM-IV-TR, se añade un aspecto en los criterios diagnósticos para este problema, que a mi entender tiene una gran importancia. Se comienza a dar relevancia tanto a las consecuencias del juego como a los factores desencadenantes del mismo, y se sugiere la necesidad de tratamientos tanto sintomáticos como no sintomáticos de este problema. Además, se habla de un nuevo síntoma de la ludopatía: considerándose el juego como una estrategia para escapar de problemas, o para mitigar un estado de ánimo deprimido.

BASES TEÓRICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

DEFINICIÓN DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

En 1994, Millon & cl., definieron la personalidad como la representación de rasgos cognitivos, afectivos y conductuales que persisten y son manifestados por largos períodos de tiempo. Estos rasgos surgen de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial del sujeto. Este concepto fue revolucionando a través del tiempo, llegando en la actualidad a ser definida como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica y que configuran la constelación completa del sujeto o individuo.

ORIGEN Y CARACTERÍSTICAS

El trastorno de la personalidad tiene su origen en una serie de predisposiciones temperamentales que se combinan con circunstancias vitales estresantes (Oldhman, 2007).

El trastorno de la personalidad está caracterizado por “un fallo triple que afecta a tres campos distintos pero interrelacionados del funcionamiento del sujeto: el auto sistema (sistema del self), las relaciones familiares y de parentesco, y las relaciones grupales o sociales” (Livesley, 1998).

RASGOS DE LA PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre sí mismo, que se hacen evidentes en un amplio rango de contextos sociales y personales.

MODELOS EXPLICATIVOS

Hasta la actualidad y a pesar de los años de estudios e investigaciones acerca de la personalidad, se sabe relativamente poco sobre sus causas. Sin embargo, Millon y colaboradores, a través de los años, fueron estudiando y analizando la personalidad, plasmando sus hallazgos y teorías en su primer libro “Trastornos de la Personalidad”, escrito hace más de 23 años. Posteriormente, se hicieron revisiones y se publicó la segunda edición en 1996, seguida dos años más tarde por una tercera edición, que a pesar, del esfuerzo de los autores, fue necesario crear una cuarta revisión que englobe las teorías y modelos explicativos tradicionales y los actuales y que además, cuente con un lenguaje más comprensible para los lectores, es así, que en el 2001 se lanza la cuarta edición “Trastornos de la personalidad en la vida moderna”, concluyendo que la personalidad se encuentra influida por cuatro perspectivas: La perspectiva biológica, la psicodinámica, la interpersonal y la cognitiva, las cuales se presentan a continuación:

PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Como explica Millon en su libro trastorno de la personalidad en la vida moderna (2001), somos seres sociales, psicológicos y biológicos, por lo tanto nuestra voluntad está sometida a las influencias de cada nivel de nuestra organización. Dentro de la perspectiva biológica encontramos al Modelo de Cloninger y Siever.

MODELO NEUROBIOLÓGICO

Modelo neurobiológico de Cloninger y Siever: Este modelo se basa en la relación entre tres disposiciones de rasgos genético-neurobiológicos, que se asocian a un determinado sistema de neurotransmisión: el dopaminérgico, el serotoninérgico y el noradrenérgico. Se supone que cada uno de ellos predispone a la persona hacia una determinada tendencia comportamental. Por lo tanto, la búsqueda de novedad se asocia con una baja actividad basal en el sistema dopaminérgico, la evitación del daño se asociaría con una alta actividad en el sistema serotoninérgico y la dependencia de la recompensa estaría asociado a una baja actividad basal en el sistema noradrenérgico (Millon & cl. 2001).

HERENCIA

Un estudio de investigación que buscó examinar la heredabilidad en los trastornos, fue el de Livesley & cl. (1993), el cual se estudió 18 dimensiones relacionadas con los trastornos de la personalidad, estas dimensiones fueron evaluadas mediante la Dimensional Assessment of Personality Pathology. Es así que se encontró que las dimensiones de ansiedad, insensibilidad, distorsión cognitiva, compulsividad, problemas de identidad, negativismo, rechazo, restricción de la expresión, evitación social, búsqueda de estimulación y suspicacia presentaban una heredabilidad del 40 a 60 %. Puesto que estas características forman parte de uno o más trastornos de la personalidad, se concluyó que los resultados son evidencias indirectas a favor de que al menos algunos rasgos problemáticos sean en algún punto heredables.

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

La perspectiva psicodinámica tiene como representante a Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis. Dentro de esta perspectiva encontramos la Teoría de la Organización Estructural, el Modelo Estructural, los Mecanismos de Defensa y los Estadios Psicosexuales.

MODELOS PSICODINÁMICOS

- Teoría de la organización estructural: Kernberg, define la clasificación de los distintos tipos de personalidad, en función de tres niveles de organización estructural: psicótico, límite y neurótico.
- Modelo Estructural: Creado por Sigmund Freud, este modelo está compuesto por el Ello, el Yo y el Súper Yo. El Ello es la primera parte de la personalidad que está constituida por los instintos básicos de supervivencia y por dos impulsos dominantes y claves en el desarrollo de la personalidad, la agresividad y el sexo. Desde el momento que un niño nace el Ello comienza a operar bajo el principio de placer, en el cual el niño desea algo y lo desea en ese momento, buscando la satisfacción inmediata de sus deseos y frustrándose al no poder conseguirlo. Es así, que el Ello busca solamente la satisfacción de los deseos una y otra vez, lo que hace que el mundo muchas veces sea un mundo frustrante. Sin embargo, para aliviar esa frustración y garantizar una mayor adaptabilidad del organismo al medio, se desarrolla una segunda parte de la personalidad, denominada el Yo, el cual media entre las demandas del Ello y las limitaciones que impone la sociedad por medio del Súper Yo. El Yo se caracteriza por ser racional y planificador, puesto que debe realizar análisis acerca de los riesgos y las ventajas de actuar de una manera determinada, debe decidir el mejor curso de acción y en ocasiones el castigo o

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

recompensa de estas, por esto el Yo está en constante planificación y elaboración de alternativas que se adecúen mejor al entorno social, por lo que opera bajo el principio de la realidad. A pesar del esfuerzo del Yo, no todos sus cursos de acción son aceptables para el Súper Yo, esta tercera parte de la personalidad representa los valores sociales internalizados de los progenitores y educadores. Al igual que el Ello el Súper Yo está formado por dos partes, la conciencia y el ego ideal: lo que no se debe hacer, y lo que se debe hacer y lo que se debería llegar a ser. El Súper Yo se rige bajo el principio de moralidad. Por lo que la ruptura de los códigos morales conlleva la aparición de sentimientos de culpa y la satisfacción del Yo ideal produce sentimientos de orgullo y respeto hacia uno mismo.

ESTADIOS PSICOSEXUALES

Freud, creía que la personalidad se desarrollaba a través de cinco estadios psicosexuales. Al referirse al término sexual, Freud se refería a cualquier sentimiento que causara placer y no simplemente a las zonas erógenas del cuerpo.

Para Freud, el individuo pasaba a través del curso de maduración por cinco estadios psicosexuales, dando cada estadio paso al siguiente. El primer estadio es el oral, el cual abarca desde el nacimiento hasta los dos años. En esta fase el foco de placer son la boca, los labios y la lengua. Por lo que la fuente de gratificación del bebé se logra en la succión del pecho de su madre y su dedo pulgar, además de morder y tragar. El estadio siguiente es el anal, que abarca de los 2 a los 3 años, en el que la defecación, la eliminación de heces es su fuente principal de placer. El tercer estadio es el fálico, este estadio se da entre los 3 y 6 años. El foco de placer del niño viene a través de la estimulación del pene y el clítoris. Además, es en esta edad que tanto los niños como las niñas experimentan atracción hacia el progenitor del sexo opuesto, en lo que se denomina Complejo de Edipo o Complejo de Electra según sea el caso. Se considera que el tipo de relación con el progenitor del sexo opuesto tiene gran influencia en el desarrollo de los trastornos histriónico y narcisista de la personalidad. Posteriormente, el niño se sumerge en una fase de latencia hasta los 12 años, para luego resurgir en el estadio genital, sintiendo placer al invertir de energía sexual sus relaciones sociales, con la finalidad de encontrar el amor.

PERSPECTIVA INTERPERSONAL

Una de las perspectivas contemporáneas es la Perspectiva Interpersonal. Esta teoría sostiene que la personalidad es el producto social de la interacción con las personas significativas. Por lo que se considera que muy pocas de nuestras necesidades o deseos serían cumplidos sin tener vínculos sociales con los demás. Gran parte de nuestra personalidad es interpersonal, comienza con la interacción con la madre apenas nace el niño y continúa a lo largo de la vida, finalizando con nuestra muerte. Un personaje relevante dentro de esta

perspectiva es Harry Stack Sullivan, considerado el padre de esta perspectiva. Stack consideraba la personalidad como un grupo recurrente de situaciones sociales que caracterizan la vida de una persona.

NORMALIDAD Y ANORMALIDAD

Cada nueva presentación y encuentro social conlleva creencias implícitas sobre uno mismo y sobre los demás. Kiesler, afirma que “una persona produce las consecuencias de sus propias predicciones”. Es decir, una persona amigable provocaría en una reunión los mismos sentimientos que evoca, haciendo de ese encuentro un momento agradable y cálido. Sin embargo, en los trastornos de la personalidad, sucede que la rigidez que poseen, los llevan a comportarse y poseer creencias que busquen la satisfacción primordial de sus necesidades por parte de los demás, por lo que pueden ser percibidas como controladoras o dominadoras, logrando solamente que las personas intenten desvincularse de ellas (Millon & cl. 2001).

PERSPECTIVA COGNITIVA

El término cognitivo significa “poseer conocimiento”. Como seres humanos poseemos la capacidad de pensar y percibir, lo que requiere una representación mental. Mediante las ideas representamos todo el mundo, a los otros y a nosotros mismos. Según Millon, “la mente, como procesadora de información, capta y selecciona de forma activa la información sobre el mundo, el sí mismo y los otros, tanto a nivel consciente como inconsciente”. Un estilo cognitivo surge, cuando las distorsiones cognitivas forman un patrón coherente. Cada personalidad tiene diferentes estilos cognitivos, es decir, diversas maneras de pensar y procesar la realidad. En los trastornos de la personalidad habría una distorsión en el procesamiento cognitivo, tendrían una manera distorsionada de procesar la realidad (Millon & cl. 2001).

SUBTIPOS CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD

Para brindar un diagnóstico de un trastorno de la personalidad, debemos basarnos en los criterios diagnósticos, estos criterios diagnósticos son un conjunto de síntomas que deben estar presentes en el sujeto por un largo período de tiempo.

Para cada trastorno de la personalidad, existen un conjunto de criterios. Por lo general, estos criterios suelen estar conformados por siete, ocho o nueve ítems, cada uno de los cuales describe algunos rasgos característicos, una actitud, o conducta muy relevante que presenta el sujeto y que se relaciona con el trastorno en particular.

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Millon y cl. (2001), hacen una breve descripción de los patrones y síndromes clínicos de la personalidad, basándose también en los criterios propuestos en el DSM-IV.

En la tabla 2, se presenta brevemente las descripciones de los patrones clínicos de la personalidad.

Tabla 1. Descripción breve de los patrones clínicos de la personalidad

Esquizoide	Apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.
Por evitación	Dudoso, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invasado por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío.
Por dependencia	Indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil, y frágil. Busca constantemente el apoyo y consejo en figuras más fuertes.
Histriónico	Dramático, seductor, frívolo, buscador de estimulación, superficial. Utiliza el exhibicionismo para conseguir atención y favores. Se considera muy atractivo y encantador.
Narcisista	Egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza. Preocupado por fantasías de éxito y belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.
Antisocial	Impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.
Agresivo- sádico	Atrevido, impulsivo, imprudente. Puede ser desalmado y notablemente ajeno a una conciencia sobre el impacto de sus propios actos destructivos. Le atraen los riesgos, se siente impávido ante el peligro y el castigo. Muestra satisfacción al competir con otros, dominarlos y humillarlos. Manifiesta un marcado autoritarismo e intolerancia social. Tiene una mentalidad cerrada, es inflexible y obstinado.
Obsesivo- Compulsivo	Comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.
Pasivo- agresivo	Se resiste a cumplir con las expectativas de los demás, muestra conductas dilatorias, ineficaces y erráticas cuando no otras contrarias y molestas. Revela placer al desmoralizar las satisfacciones y aspiraciones de los demás. Descarga su enfado y otras emociones molestas ya sea indirectamente o desplazándolas de su causante hacia entornos o personas de menor importancia.

Autoderrotista (Autodestructiva Masoquista)	Prefiere situarse en una posición despreciable. Se relaciona de una manera sacrificada, permitiendo, ser explotado o castigado e incitando a las críticas inmerecidas e injustas. Experimenta emociones y pensamientos conflictivos respecto a sí mismo y a los otros. Repetidamente recuerda injusticias pasadas y prevé futuras desilusiones como medio de llevar la angustia hasta niveles homeostáticos; malinterpreta; con la finalidad de aumentar el dolor y sufrimiento personal.
--	---

En la tabla 3, se presenta la descripción de las patologías severas de la personalidad.

Tabla 2. Patologías severas de la personalidad

Paranoide	Expectante, defensivo, desconfiado y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de agresión. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de móviles ocultos. Se siente la vez perseguido.
Esquizotípico	Excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento. Preocupado por creencias extrañas. La línea que le diferencia de la fantasía está poco definida.
Borderline	Imprevisible, manipulador, inestable. Terror al abandono y a la soledad. Experimenta raras del estado de ánimo. Oscila rápidamente del amor al odio. Se considera a sí mismo completamente buenos y completamente malos de forma alternativa.

2.3 Variables, subvariables e indicadores

Las variables a estudiar son:

1. Perfil clínico de la personalidad
 - Patrones clínicos de la personalidad
 - Esquizoide.
 - Evitativo.
 - Dependiente.
 - Histriónico.
 - Narcisista.
 - Antisocial.
 - Agresivo-sádico.
 - Compulsivo.
 - Pasivo-agresivo.
 - Autodestructivo (autoderrotista).
 - Patologías severas de la personalidad
 - Esquizotípico.
 - Borderline.

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

- Paranoide.

2. Sujetos con conducta de juego patológico

- Género.
- Edad.
- Tiempo de enfermedad.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es cuantitativa y del nivel descriptivo siendo que se han identificado los perfiles clínicos de la personalidad promedio en la población, medidos a través de la adaptación del Inventario Clínico Multiaxial de Millon, realizada por Kudó (1999) en la población con conducta de juego patológico.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental y retrospectivo, puesto que todos los casos fueron diagnosticados y evaluados antes de iniciarse la investigación, además, se ha utilizado el diseño de investigación transversal, recolectándose los datos de cada uno de los sujetos de estudio en un tiempo determinado (Hernández, Fernández y Bapista, 2010).

DELIMITACIONES

Se ha estudiado la población constituida por 19 pacientes con conducta de juego patológico, asistidos durante el período de febrero y diciembre del año 2010 en el I.N.S.M. “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”, y se ha determinado la existencia de patrones clínicos y patologías severas de la personalidad.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por 19 pacientes con conducta de juego patológico.

Para el presente estudio se consideró conveniente emplear el muestreo no probabilístico, de tipo dirigido, debido a la poca cantidad de pacientes atendidos con diagnóstico de juego patológico durante todo el año, por lo cual se seleccionarán al total de pacientes atendidos, sumando un número de 19 sujetos diagnosticados de juego patológico asistidos entre los meses de febrero y diciembre del año 2010 en el I.N.S.M. “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”.

La unidad de observación son los pacientes diagnosticados con Conducta de Juego Patológico, cuyas edades fluctúan entre los 18 a 60 años de edad, de ambos sexos, que tengan asistencia regular durante el año 2010 en el I.N.S.M. “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Que presenten el diagnóstico de Juego Patológico.
- b. Que tengan una asistencia regular al I.N.S.M. “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- a. Alguna limitación intelectual en la que la comprensión del Inventario se vea afectada.
- b. Alguna limitación sensorial (visual y/o auditiva), que interfieran en el proceso de comprensión.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA TÉCNICA

- Autor: Theodore Millon.
- Número de Ítems: 175 ítems de elección dicotómica.
- Duración: Tiempo variable, hasta 45 minutos.
- Área de aplicación: Área exclusivamente clínica.
- Aplicación: Individual o colectiva a grupos reducidos de 10 personas.
- Ámbito de Aplicación: Personas mayores de 18 años de edad con un nivel de comprensión lectora adecuado.
- Finalidad: Instrumento diagnóstico consonante con un formato nosológico.

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA EN LA INVESTIGACIÓN

Los datos para el presente estudio fueron recolectados usando la adaptación de Kudó (1999) del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), para evaluar la personalidad en el área diagnóstica y en la evaluación clínica midiendo los aspectos más sobresalientes del comportamiento del paciente. Asimismo, la aplicación del MCMI-II, ha sido de manera individual, aplicada a sujetos mayores de 18 años.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), está conformado por 26 escalas diagnósticas, con 175 afirmaciones breves y auto descriptivas, las cuales se encuentran descritas en el Manual del MCMI-II; además, las descripciones más extensas acerca de la personalidad y su patología se encuentran en las obras de Millon. Igualmente, cabe resaltar que el MCMI-II, se basa también en la descripción de los trastornos de la personalidad redactados en el DSM-III.

Los patrones clínicos de personalidad medidos fueron: Esquizoide, Evitativo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádico, Compulsivo, Pasivo-Agresivo y Autoderrotista. Las patologías severas de la personalidad medidos fueron: Esquizotípico, Borderline y Paranoide.

Se ha medido la confiabilidad del instrumento utilizando el Coeficiente de alfa de Cronbach. El resultado obtenido, fue de 0.915, lo cual nos indica que el instrumento tiene muy buena consistencia interna (ANEXO 1).

Cabe destacar, que debido a que el MCMI-II, es un instrumento ampliamente extendido en nuestro medio y muy utilizado en la evaluación diagnóstica de los trastornos de la personalidad y otros síndromes, facilita su utilización en diversas investigaciones. Es así que Cedro (2002), empleó el MCMI-II en el estudio de los perfiles clínicos de la personalidad de los pacientes asistidos en dicha institución. Además, fue empleado en la investigación de Torres Malca (2007), la cual se basó en los niveles de confiabilidad y validez del análisis exploratorio de Garibay realizado en el 2002 en el Perú.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes derivados al Área de Psicología por el médico psiquiatra con el diagnóstico de ludopatía y con el pedido de atención de Evaluación Completa, fueron examinados de la siguiente manera:

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

- Primera sesión: Se realizaron las siguientes actividades:
 - Toma de datos de Anánesis.
 - Toma de datos de Historia Clínica.
 - Entrevista al paciente y familiares cercanos. En cuanto a los pacientes se les preguntaba:

- Motivo de la consulta.
- Problemas que haya tenido en el área conductual, emocional y otros relacionados.

Con los familiares se trataba de contrastar la versión dada por el paciente y conocer más sobre el motivo de consulta desde la perspectiva del familiar. Además, se indagaba sobre codependencia y otros problemas que facilitaban la conducta adictiva del paciente.

- Segunda sesión: Se llevaron a cabo las siguientes actividades:
 - El Examen Cognoscitivo Mini-Mental (adaptación española).
 - Test de Frases Incompletas de Sacks.
 - Cuestionario de Situación de Vida de Kenneth W. Wanberg (1995)
 - Evaluación Neuropsicológica Breve en Español- NEUROPSI. Este instrumento fue aplicado a algunos pacientes para descartar alguna lesión o daño orgánico cerebral.
- Tercera sesión
 - Test de Retención Visual de Benton.
 - Test de la Figura Humana de Karen Machover.
 - Inventario de Proceso de Cambio (IPC-APSA).
- Cuarta sesión.
 - Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I) abreviado.
 - Test de Dibujo de la Familia (Corman)
 - Test de la Persona Bajo la Lluvia.
- Quinta sesión
 - Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Anexo 2).
- Sexta sesión
 - Inventario de Inteligencia Emocional ICE-BARON.
 - Test de Clima Familiar Faces III.
- Séptima sesión
 - Escala de Inteligencia Weschsler para Adultos-WAISC-III (primera parte).
- Octava sesión
 - Escala de Inteligencia Weschsler para Adultos-WAISC-III (segunda parte).

Cada una de las 8 sesiones tenía una duración aproximada de 45 minutos. En total se invertía en cada paciente 360 minutos (6 horas por paciente).

PROCEDIMIENTO DE INTERPRETACIÓN

- Completamiento de la Hoja de Respuestas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Anexo 3).

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

- Vaciado de los datos de la Hoja de Respuestas al Programa Computarizado de Kudó (1999) (Anexo 4).
- Interpretación de Hoja de Resultados (Anexo 5).

Antes de la interpretación se deben evaluar los puntajes de Validez de los resultados.

Posterior a la evaluación de las escalas de Validez, se seleccionan las escalas con puntajes elevados para dar inicio a la etapa de interpretación. Para ello se analizaron los intervalos de los indicadores.

Indicador Elevado: ≥ 85

Indicador Moderado: 75 - 84

Indicador Sugestivo: 60 - 74

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se han utilizado los siguientes estadísticos:

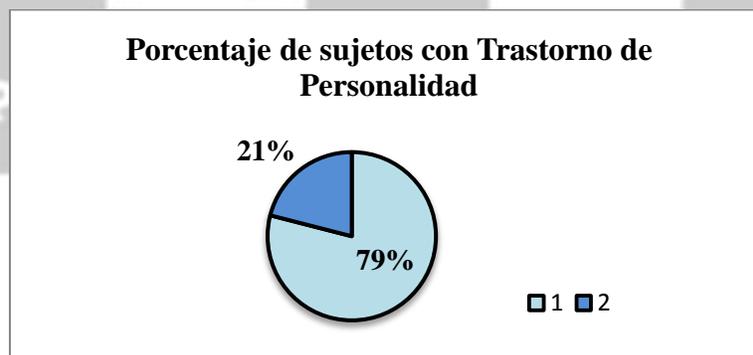
- Frecuencias porcentuales, medias y desviaciones estándar.
- Prueba t de *Student* de diferencia de medias para grupos independientes, con un nivel de confianza al 95%.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El siguiente gráfico, muestra los porcentajes de sujetos con presencia o ausencia de trastornos de personalidad en la población de estudio.

Gráfico 1. Porcentaje de sujetos con Trastorno de Personalidad



Leyenda: 1: Sujetos con presencia de Trastorno de la Personalidad

2: Sujetos sin Trastornos de la Personalidad

En el Gráfico 1, observamos que el 79% de los sujetos estudiados presentaron al menos un trastorno de personalidad. Este resultado es casi similar al de Lesieur & Blume (1990), que de los 141 sujetos estudiados el 71% de ellos presentaban al menos un TP. Sin embargo, los resultados difieren de los estudios de Blaszczynski y Steel (1998), los cuales estudiaron a 82 sujetos encontrando que el 93% presentaban un TP, porcentaje mayor al encontrado en nuestro estudio. Además, Krudelbach & cl. (2006), estudiaron a 162 pacientes, de los cuales un 61,1% presentaba algún TP, mientras que en el estudio de Fernández- Montalvo & cl. (2001), un 32% presentó al menos un trastorno de personalidad, porcentaje que disminuye aún más en el estudio de Specker, Carlson, Edmonson, Johnson, & Marcotte (1996), en el cual sólo un 25% presentaban un TP de un total de 40 sujetos estudiados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cuanto a porcentaje de sujetos según los indicadores del MCMI-II.

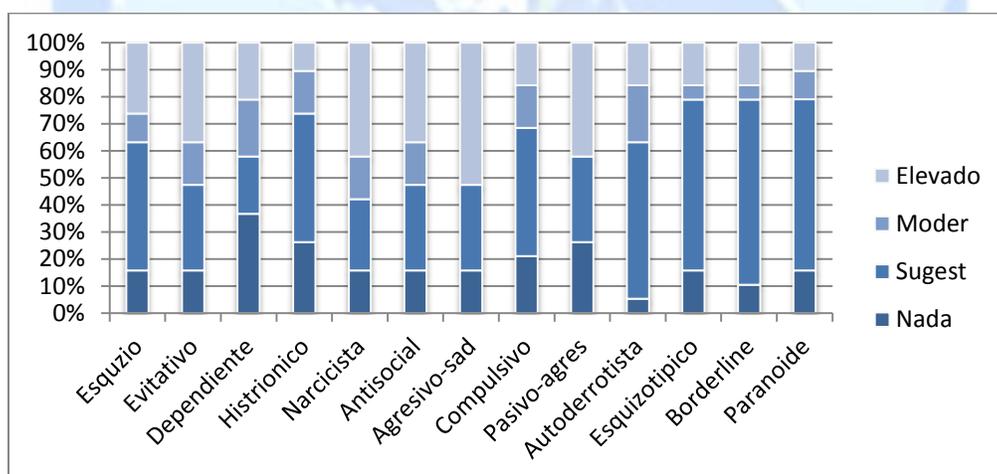
Tabla 3. Porcentaje de sujetos según escalas e indicadores del MCMI-II.

ESCALAS	INDICADORES			
	Nada	Indicador sugestivo	Indicador moderado	Indicador elevado
	%	%	%	%
Sinceridad	3 (15,8)	10(52,6)	2(10,5)	4(21,1)
Deseabilidad social	8(42.1)	3(15.8)	6(31.6)	2(10.5)
Autodescalificación	8(42.1)	8(42.1)	1(5.3)	2(10.5)
PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD				
Esquizoide	3(15.8)	9(47.4)	2(10.5)	5(26.3)
Evitativo	3(15.8)	6(31.6)	3(15.8)	7(36.8)*
Dependiente	7(36.8)	4(21.1)	4(21.1)	4(21.1)*
Histriónico	5(26.3)	9(47.4)	3(15.8)	2(10.5) *
Narcisista	3(15.8)	5(26.39)	3(15.8)	8(42.1) *
Antisocial	3(15.8)	6(31.6)	3(15.89)	7(36.8) *
Agresivo-sádico	3(15.8)	6(31.6)		10(52.6) *
Compulsivo	4(21.1)	9(47.4)	3(15.8)	3(15.8)
Pasivo-agresivo	5(26.3)	6(31.6)		8(42.1) *
Autoderrotista	1(5.3)	11(57.9)	4(21.1)	3(15.8)
PATOLOGÍAS SEVERAS DE LA PERSONALIDAD				
Esquizotípico	3(15.8)	12(63.2)	1(5.3)	3(15.8)
Borderline	2(10.5)	13(68.4)	1(5.3)	3(15.8)
Paranoide	3(15.8)	12(63.2)	2(10.5)	2(10.5)

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

En la tabla 5, se aprecia que 10 sujetos correspondientes al 52,6 % del total de la población presentan TP Agresivo- Sádico, además, 8 sujetos (42, 1%) presentan TP Narcisista, de igual manera observamos que otros 8 sujetos puntúan alto en el TP Pasivo- Agresivo. Son 7 sujetos (36,8%), que presentan TP Evitativo, el número se repite, para el TP Antisocial. Un número menor de 5 sujetos (26,3%) presentan TP Esquizoide, mientras que 4 sujetos (21,1%) presentan TP Dependiente, seguidos por un número inferior de 3 sujetos (15, 8%) que presentan TP Compulsivo, el porcentaje de sujetos se repite para el TP Autodestructivo, Esquizotípico y Borderline, finalmente, son 2 sujetos (10,5%) que presentan TP Histriónico, al igual que otros 2 sujetos (10, 5%) que se ubican en el TP Paranoide.

Gráfico 2. Porcentaje de sujetos según escalas e indicadores del MCMI-II



En el Gráfico 2, podemos observar que los Trastornos de la Personalidad, con mayor prevalencia son: Escala Agresivo- Sádico (52,6%), Narcisista (42,1%), Pasivo-Agresivo (42,1%), Evitativo (36,8%) y Antisocial (36,8%).

Tabla 4. Hallazgos comparativos en trabajos de investigación sobre los Trastornos de la Personalidad en sujetos con Conducta de Juego Patológico

PATRONES Y PATOLOGIAS SEVERAS DE LA PERSONALIDAD	Paredes Torres (2011)	Vida Libre (2009)	Montalvo y Echeburúa (2006)	Fernández - Montalvo & cl. (2001)	Blaszczynski & Steel (1998)	Lesieur & Blume (1990)	Specker, & cl. (1996)
	19		50 sujetos	50 sujetos	82 sujetos	105 sujetos	

Equizoide	26.3% (4)	25% (3)					2.5% (3)
Evitativo	36.8% (3)						12.5% (1)
Dependiente	21.1% (5)	28% (2)			40.2% (4)		
Histriónico	10.5% (7)				65.9% (2)		
Narcisista	42.1% (2)		32% (1)	8% (2)	57% (3)		5% (2)
Antisocial	36.8% (3)		16% (2)	8% (2)	29.3% (5)		
Agresivo-sádico	52.6% (1)						
Compulsivo	15.8% (6)	35% (1)				14% (2)	5% (2)
Pasivo-agresivo	42.1% (2)		16% (2)			14% (2)	
Autoderrotista	15.8% (6)						
Esquizotípico	15.8% (6)					28% (1)	
Borderline	15.8% (6)			16% (1)	69% (1)	14% (2)	
Paranoide	10.5% (7)	25% (3)		8% (2)			2.5% (3)

En la Tabla 6. Podemos observar que los porcentajes de prevalencia de los patrones clínicos de personalidad son similares y en ocasiones iguales a los de otros estudios, por ejemplo: El patrón clínico Esquizoide 26.3% (4) ubicado en 4to lugar de prevalencia, se asemeja a los resultados de Vida Libre, en el que obtiene un 25% (3) y al estudio de Specker y cl. 2.5% (3) en el cual el patrón clínico Esquizoide se ubica en el tercer lugar de prevalencia. Además, observamos que el patrón clínico Evitativo (36.8%) (3) ubicado en el tercer lugar de prevalencia, difiere de ubicación en el estudio de Specker, & cl. (1996), en el que el patrón clínico Evitativo (12.5%) (1), se encuentra ubicado en el primer lugar de prevalencia. El patrón clínico Dependiente 21.1% (5), ubicado en el quinto lugar de prevalencia, se asemeja con el resultado 40.2% (4) de Blaszczynski & Steel, en el que se ubica en el cuarto lugar. El patrón clínico Histriónico (10.5%) (7), ubicado en el séptimo lugar, se encuentra situado en el segundo lugar de prevalencia en el estudio de Blaszczynski & Steel (1998). El patrón clínico Narcisista 42.1% (2) prevalece en el segundo lugar al igual que en el estudio de Specker, & cl. 5% (2) y en el de Fernández -Montalvo & cl. 8% (2), y se asemeja a los resultados de Montalvo y Echeburúa 32% (1), en el cual se ubica en el primer lugar de prevalencia y en el tercer lugar en el estudio de Blaszczynski & Steel.

**MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

57% (3). El patrón clínico Antisocial 36.8% (3), ubicado en el tercer lugar, se asemeja con los hallazgos de Montalvo y Echeburúa 16% (2) y con los resultados de la investigación de Fernández –Montalvo 8% (2), en los que se ubica en el segundo lugar. El patrón clínico Agresivo- Sádico (52.6% (1), con el mayor porcentaje de prevalencia en nuestro estudio, no ha sido referido en otros estudios. El patrón clínico Compulsivo (15.8%) (6), ubicado en el sexto lugar en nuestro estudio, ha sido el patrón clínico con mayor prevalencia 35% (1) en el estudio de Vida Libre (2009) y fue el segundo patrón con mayor prevalencia en los estudios de Lesieur & Blume (1990) y en el de Specker, & cl. (1996). Asimismo, encontramos que el patrón clínico Pasivo-agresivo 42.1% (2), situado en el segundo lugar, tiene igual prevalencia en los estudios de Montalvo y Echeburúa 16% (2) y el de Lesieur & Blume 14% (2). El patrón clínico Autoderrotista (15.8%) (6), ubicado en el sexto lugar, no ha sido referido en otros estudios. Por otro lado, al comparar los porcentajes de prevalencia de las patologías severas de la personalidad encontrados en nuestro estudio con los de otros estudios podemos observar que la patología severa de la personalidad Esquizotípico (15.8%) (6), ubicado en el sexto lugar en nuestro estudio, se ubica en el primer lugar de prevalencia en el estudio de Lesieur & Blume (1990). La patología severa Borderline 15.8% (6), ubicado de igual manera en el sexto lugar de prevalencia en nuestro estudio, fue la patología severa con mayor prevalencia en el estudio de Fernández -Montalvo & cl. (2001), con un 16% y en el estudio de Blaszczyński & Steel (1998) con un 69%, además, de ubicarse en el segundo lugar de prevalencia con un 14%, en el estudio de Lesieur & Blume (1990). Finalmente, la patología severa Paranoide 10.5% (7), prevalece en el tercer lugar en el estudio de Vida Libre (2009) con un 25% y en el estudio de Specker & cl. (1996) con un 2.5%, además se observó que fue la segunda patología con mayor porcentaje en el estudio de Fernández -Montalvo & cl. (2001).

Tabla 5. Prueba t de Student de diferencia de medias de las diversas escalas de dos grupos independientes según el autor y lo reportado por Rojas y Espinoza (2002)

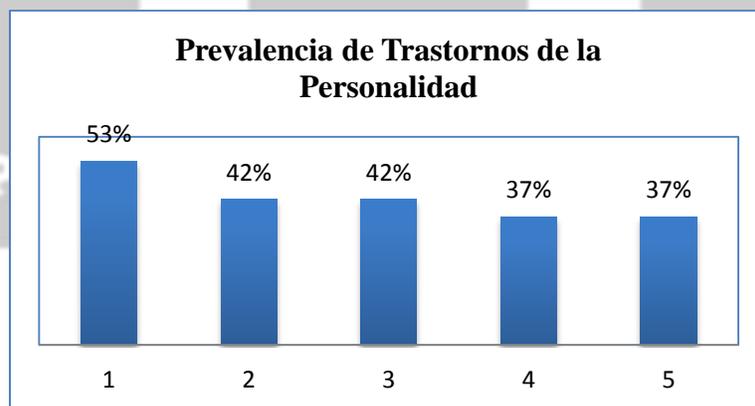
ESCALAS	COMPARACIÓN	
	REPORTADO POR EL AUTOR	REPORTADO POR Rojas y Espinoza (2002)
Escala de Validez		
Sinceridad	65	75,4
Deseabilidad social	61	65,7
Autodescalificación	55	61,0
Patrones clínicos de personalidad		
Esquizoide	73	62,8
Evitativo	76*	70,1
Dependiente	64	57,7

Histriónico	63	78,2
Narcisista	76*	89,1*
Antisocial	75*	91,5*
Agresivo-sádico	79*	93,3*
Compulsivo	67	56,5
Pasivo-agresivo	70	91,3*
Autoderrotista	75*	73,1
Patología severa de personalidad		
Esquizotípico	69	65,9
Borderline	69	80,7*
Paranoide	68	73,1
MEDIA	65	74,1
DESVIACION ESTÁNDAR	18.2	12,4

En la Tabla 7, con respecto a la comparación de los hallazgos de Rojas y Espinoza (2002), con un grupo de pacientes consumidores de drogas, encontramos lo siguiente: En la escala Evitativo observamos indicadores moderados (76), a diferencia del indicador sugestivo (70,1) del estudio de Rojas y Espinoza, además, para la escala Narcisista, obtenemos indicadores moderados de (76), que difiere al indicador elevado (89,1) del estudio comparativo, asimismo, obtenemos indicadores moderados para la escala Antisocial (75), que difieren del indicador elevado en esta escala (91,5) del otro estudio, de igual manera, hallamos indicadores moderados en la escala Agresivo-sádico (79), e indicadores elevados para la misma escala (93,3) en el estudio comparativo, finalmente, en la escala Autoderrotista obtenemos indicadores moderados (75), semejantes a los indicadores moderados para esta misma escala (73,1) del estudio de Rojas y Espinoza.

A continuación, se presenta una descripción del perfil clínico de la personalidad en sujetos con conducta de juego patológico según la prevalencia de los trastornos de la personalidad.

Gráfico 3. Perfil clínico según prevalencia de trastornos de la personalidad



MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Leyenda:

1: Agresivo- Sádica

2: Narcisista

3: Pasivo-Agresivo

4: Antisocial

5: Evitativo

De las prevalencias más significativas encontradas en nuestros resultados con respecto a los trastornos de la personalidad en el 79% de la población. Podemos, establecer el perfil clínico, tomando en cuenta las puntuaciones elevadas en las siguientes escalas: Agresivo-Sádico, Narcisista, Pasivo-Agresivo, Evitativo y Antisocial.

Por lo cual, el perfil clínico de personalidad hallado, describiría al sujeto ludópata como un sujeto arrogante, superficial, egocéntrico, intolerante, impulsivo y agresivo, con un temperamento exaltado y nervioso que estalla fácilmente en disputas y beligerancia física. Sus rasgos narcisistas, develan su egoísmo y arrogancia, generados a través del consentimiento excesivo durante su crianza, llegando así a sobreestimar su propio valor, creyéndose superior a los demás y manteniendo un aire de autoconfianza arrogante. Ha aprendido a preocuparse a lo largo de su vida por suplir sus fantasías de belleza, amor y éxito. Por lo que busca constantemente la alabanza, el reconocimiento y admiración de los demás, ostentando sus logros y cualidades, a fin de ser reconocido, cuando no, abusando y doblegando, con el objetivo de ser considerado superior a los otros. Sin embargo, ha sido también objeto de burlas y humillaciones en el pasado, generándole una marcada desconfianza e inseguridad ante las aspiraciones de los demás, actuando por medio de impulsos internos de agresión y venganza para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros, realizando conductas que van desde resistirse a cumplir las expectativas de los demás, obstruyendo y minando las aspiraciones y satisfacciones de los otros, hasta conductas violentas que transgreden los derechos humanos, llegando a sentir placer al realizar este tipo de conductas, puesto que satisface sus impulsos de venganza y refuerza su percepción de ser superior a los demás. Finalmente, su carencia a gran escala de empatía, lo lleva a mostrarse ajeno e imperturbable ante las consecuencias de sus actos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con respecto al porcentaje de sujetos con trastornos de la personalidad, encontramos que el 79% de los sujetos estudiados, presentaban al menos un trastorno de personalidad. El porcentaje hallado es muy similar al del estudio de Lesieur & Blume (1990), en el que 71% de los sujetos estudiados presentaban al menos un TP. Sin embargo, nuestros resultados difieren del estudio de Blaszczynski y Steel (1998), los cuales encontraron que el 93% de

su población de estudio presentaba al menos un TP, así como también difieren, del estudio de Kruegelbach & cl. (2006), en el que se encontró que el 61,1% de su población, presentaba algún TP, mientras que en el estudio de Fernández- Montalvo & cl. (2001), un 32% de sujetos presentó al menos un trastorno de personalidad, porcentaje que disminuye aún más en el estudio de Specker, Carlson, Edmonson, Johnson, & Marcotte (1996), en el cual sólo un 25% presentaban un TP.

Por otro lado, los porcentajes de prevalencia de los patrones clínicos de personalidad hallados son: Escala Esquizoide (26,3%), Evitativo (36,8%), Dependiente (21.1%), Histriónico (10.5%), Narcisista (42,1%), Antisocial (36,8%), Agresivo- Sádico (52,6%), Compulsivo (15.8%), Pasivo-Agresivo (42,1%), Autoderrotista (15.8%), Esquizotípico (15.8%), Borderline (15.8%) y Paranoide (10.5%). Sin embargo, al compararlos con los resultados de otros estudios acerca de este tema encontramos, lo siguiente: El patrón clínico Esquizoide 26.3% (4) ubicado en 4to lugar de prevalencia, se asemeja a los resultados de Vida Libre, en el que obtiene un 25% (3) y al estudio de Specker y cl. 2.5% (3) en el cual el patrón clínico Esquizoide se ubica en el tercer lugar de prevalencia. Además, observamos que el patrón clínico Evitativo (36.8%) (3) ubicado en el tercer lugar de prevalencia, difiere de ubicación en el estudio de Specker, & cl. (1996), en el que el patrón clínico Evitativo (12.5%) (1), se encuentra ubicado en el primer lugar de prevalencia. El patrón clínico Dependiente 21.1% (5), ubicado en el quinto lugar de prevalencia, se asemeja con el resultado 40.2% (4) de Blaszczynski & Steel, en el que se ubica en el cuarto lugar. El patrón clínico Histriónico (10.5%) (7), ubicado en el séptimo lugar, se encuentra situado en el segundo lugar de prevalencia en el estudio de Blaszczynski & Steel (1998). El patrón clínico Narcisista 42.1% (2) prevalence en el segundo lugar al igual que en el estudio de Specker, & cl. 5% (2) y en el de Fernández -Montalvo & cl. 8% (2), y se asemeja a los resultados de Montalvo y Echeburúa 32% (1), en el cual se ubica en el primer lugar de prevalencia y en el tercer lugar en el estudio de Blaszczynski & Steel. 57% (3). El patrón clínico Antisocial 36.8% (3), ubicado en el tercer lugar, se asemeja con los hallazgos de Montalvo y Echeburúa 16% (2) y con los resultados de la investigación de Fernández – Montalvo 8% (2), en los que se ubica en el segundo lugar. El patrón clínico Agresivo-Sádico (52.6% (1), con el mayor porcentaje de prevalencia en nuestro estudio, no ha sido referido en otros estudios. El patrón clínico Compulsivo (15.8%) (6), ubicado en el sexto lugar en nuestro estudio, ha sido el patrón clínico con mayor prevalencia 35% (1) en el estudio de Vida Libre (2009) y fue el segundo patrón con mayor prevalencia en los estudios de Lesieur & Blume (1990) y en el de Specker, & cl. (1996). Asimismo, encontramos que el patrón clínico Pasivo-agresivo 42.1% (2), situado en el segundo lugar, tiene igual prevalencia en los estudios de Montalvo y Echeburúa 16% (2) y el de Lesieur & Blume 14% (2). El patrón clínico Autoderrotista (15.8%) (6), ubicado en el sexto lugar, no ha sido referido en otros estudios.

Asimismo, los porcentajes de prevalencia de las patologías severas de la personalidad son: Esquizotípico (15.8%) (6), se ubica en el primer lugar de prevalencia en el estudio de Lesieur & Blume (1990). La patología severa Borderline 15.8% (6), fue la patología severa con mayor prevalencia en el estudio de Fernández -Montalvo & cl. (2001), con un 16% y en el estudio de Blaszczynski & Steel (1998) con un 69%, además, de ubicarse en el segundo lugar de prevalencia con un 14%, en el estudio de Lesieur & Blume (1990). Finalmente, la patología severa Paranoide 10.5% (7), prevalece en el tercer lugar en el

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

estudio de Vida Libre (2009) con un 25% y en el estudio de Specker & cl. (1996) con un 2.5%, además se observó que fue la segunda patología con mayor porcentaje en el estudio de Fernández -Montalvo & cl. (2001).

Finalmente, en nuestros resultados encontramos como media 3,4 trastornos de personalidad por sujeto, resultado similar al del estudio de Vida Libre, en el cual también, se empleó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II), y en el que encontraron como media 2,8 trastornos de personalidad por sujeto (Montesinos, 2009).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- De la población de estudio, el 79% de los sujetos presentaron Trastornos de la personalidad.
- Los Patrones Clínicos que se han observado en la población de estudio en orden decreciente fueron: Agresivo- Sádico (52,6%), Narcisista (42,1%), Pasivo- Agresivo (42,1%), Evitativo (36,8%), Antisocial (36,8%), Esquizoide (26,3%), Dependiente (21,1%), Compulsivo, (15,8%), Autodestructiva (15,8%) e Histriónico (10,5%).
- Las Patologías Severas que se observaron en la población de estudio en orden decreciente fueron: Esquizotípico (15,8%), Borderline (15,8%) y Paranoide (10,5%).
- Obtuvimos como media 3,4 trastornos de personalidad por sujeto.
- De las prevalencias más significativas encontradas en nuestros resultados con respecto a los trastornos de la personalidad se estableció el perfil clínico, tomando en cuenta las puntuaciones elevadas en las siguientes escalas: Agresivo- Sádico, Narcisista, Pasivo-Agresivo, Evitativo y Antisocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA, A. P. (2005). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico de los trastornos mentales. Barcelona, España.: Masson.

Aranda, J., Díaz, C., García, J., & González, J. (1991). Evaluación Cognitivo-Conductual del Juego Patológico. Revista Clínica y Salud. Vol. 2. , 2.

Báez, C., Borda, M., Salaberría, K., & Echeburúa, E. (1996). El juego patológico: un análisis bibliométrico. Revista Clínica y Salud. Vol. 7. , 123-135.

Blaszczynski, A., & Steel, Z. (1998). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 51-71.

Blaszczynski, A., Wilson, A., & McConaghy, N. (1986.). Sensation seeking and pathological gambling. *British Journal of Addictions*. , 113-117.

Brown, R., & Robertson, S. (1993). Home computer and video game addictions in relation to adolescent gambling: Conceptual and developmental aspects. *Gambling behavior and problem gambling*.

Chóliz, M. (2008 de Agosto de 2006). Adicción al juego de azar. Recuperado el 12 de Marzo de 2010, de [www. uv.es/choliz](http://www.uv.es/choliz)

Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (2005). Psychological treatment of slot-machine pathological gambling: New perspectives. *Journal of Gambling Studies*. Vol. 21. , 21-26.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., & Báez, C. (2000). El juego patológico en España: aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 53. , 641-660.

Estévez, A., & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Revista Clínica y Salud* Vol.18 n.1. Madrid, España. , 2-4.

Fals- Stewart, W. (1992). Personality characteristics of substance abusers: An MCMI cluster typology of recreational drug users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *Journal of Personality Assessment*. , 515-527.

Fenández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*. , 500-505.

Fernández Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*.Vol. 18, nº 3. , 453-457.

Fernández, M. J., & Echeburúa, E. (2001). Trastornos de la Personalidad y Juego Patológico. *Psicología Conductual*. Vol.9 , 527-539.

Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2001). Trastornos de la personalidad y juego patológico: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, 9. , 527-539.

Flynn, P. M., Luckey, J. W., Brown, B. S., Hoffman, J. A., & al., e. (1995.). Relationship between drug preference and indicators of psychiatric impairment. *American Journal of Drug & Alcohol*. , 153-166.

Ibáñez, A., & Saíz, J. (2000.). *La Ludopatía: una nueva enfermedad*. Barcelona, España.: Masson.

MEMORIAS II CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Ibañez Cuadrado, A., & Sáiz Ruiz, J. (2001). La ludopatía una "nueva" enfermedad. Barcelona, España.: Masson.

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

Kruedelbach, N., Walker, H., Chapman, H., Haro, G., Mateu, C., & Leal, C. (2006). Comorbilidad de trastornos con pérdidas del control de impulsos: ludopatía, adicciones y trastornos de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*. , 2.

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

Litman, L., & Cernovsky, Z. (1993). An MCM-II taxonomy of substance abusers. *Research Communications in Psychology, Psychiatric & Behavior*. , 67-72.

Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatric*. Vo. 43 , 137-147.

López, J., & Valdés, M. (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.

McCormick, R., & Ramirez, L. (1988). *Pathological gambling*. New York. United States.: Brunner & Mazel.

Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., & Meagher, S. (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. Barcelona, España.: Masson.

Millon, T., George, S., & Everly, J. (1994). *La Personalidad y sus Trastornos*. Barcelona, España.: Ediciones Martínez Roca.

Montesinos Espí, R. (03 de Abril de 2009). *Vida Libre*. Asociación Alicantina de Afectados por la Ludopatía y otras Adicciones. Recuperado el 03 de Diciembre de 2010, de Conselleria de Sanitat. Direcció General de Drogodependències.: <http://www.vidalibre-alicante.org/4MEMOCaratpsicopatstudio.pdf>

Morán, E. (1970). Clinical and social aspects of risk-taking. United States.: Proc Royal Society of Medicine.

Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico. *Revista de Salud Pública*. , 150-159.

Oldhman, J. M. (2007). *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. The American Psychiatric Publishing. Madrid, España.: Elsevier España.

OMS. (2004). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid, España.: Editorial Médica Panamericana.

Rojas, M., & Espinoza, L. (20 de Marzo de 2002). Recuperado el 03 de Diciembre de 2011, de Revista Científica Psicoactiva: http://www.cedro.org.pe/ebooks/Psicoactiva_20.pdf

Rosenthal, R. (1987). The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature. . Springfield: Ediciones Springfield.

Sánchez, E. (2003.). Juego Patológico: Un Trastorno Emergente. Unidad de Adictivas de Catarroja. Valencia. , 30-79.

Sánchez, R. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. Psico USF. Vol. 8, n. 2. , 166-169.

Specker, S., Carlson, G., Edmonson, K., Johnson, P., & Marcotte, M. (1996). Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment. Journal og Gambling Studies. , 67-82.

Van Voorhees, B. M. (2007). Ludopatía. Journal of University of Chicago.

RESEÑA

ALFONSO PAREDES AGUIRRE

Docente Principal a D.E. en la Universidad Peruana Unión. Bachiller en Ciencias Biológicas. Grado de Maestro en Educación con mención en Investigación y Docencia Universitaria. Doctor en Administración. Especialista en Evaluación y Acreditación Universitaria.

Dirige cursos de Investigación Científica en la Maestría en Educación, Especialidad en Enfermería, Maestría en Administración Educativa, Maestría en Psicología Educativa.

Autor de artículos y libros universitarios. Coautor del libro “Guía del Pensamiento crítico” elaborado por el Ministerio de Educación del Perú.

Ha recibido reconocimientos por diversas instituciones.

Editor asociado de la Revista Internacional de Estudios en Educación- Editado en México.

Ponente en eventos nacionales e internacionales.