

Distorsiones cognitivas en la percepción del juego patológico por adolescentes: un estudio preliminar.

José Miguel Rodríguez Molina, Ana María Ávila Muñoz*

** Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid; profesor asociado y psicólogo clínico.*

Resumen: El juego patológico es un problema epidémico en España. Numerosos estudios han demostrado que los jugadores patológicos muestran diversas creencias erróneas. Los jugadores comienzan a jugar a edad temprana, así que los adolescentes están en riesgo incluso si no son jugadores patológicos en la actualidad. El objetivo de este estudio es conocer si existen distorsiones cognitivas relacionadas con el juego patológico, en adolescentes. Para alcanzar este objetivo desarrollamos una escala de distorsión cognitiva en adolescentes. Se utilizó una metodología descriptiva transversal. Los resultados demuestran que estas distorsiones están presentes de forma muy significativa. Son distorsiones en todas las áreas de la escala, así como en la escala completa. No aparecieron diferencias por los sexos. Estas distorsiones ocurren en todas las edades, pero las diferencias varían según las edades. Como las distorsiones cognitivas se relacionan con el juego patológico, proponemos que sean incluidas en futuros programas de prevención.

Palabras clave:
juego patológico, distorsiones cognitivas, adolescentes.

Introducción

Los juegos de azar son actividades en las que se cobra una cantidad por participar (apuesta) y se asigna un premio a los participantes, mediante un mecanismo de azar, en el cual no interviene de forma significativa la habilidad de los participantes (Salines y Roa, 2002). El juego al azar es una conducta normal, que sin embargo, cuando concurren diversos factores biopsicosociales, puede desarrollar caracteres patológicos, con graves consecuencias para la persona y el entorno (Villoria, 2003), impidiendo en la mayoría de los casos en que es así, el desarrollo de una vida normal. Este proceso conduce a una dependencia emocional del

juego que es visto por el jugador, no como su principal fuente de problemas, sino por ejemplo, como la única solución a las dificultades económicas que le asedian y un refugio donde evadirse (Echeburúa et al., 2000).

El reconocimiento “oficial” del Juego Patológico, no se produce hasta 1980, cuando la APA lo incluye en el DSM-III, en el apartado de trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados. La cuarta versión del DSM (APA, 1995) mantienen que la característica esencial del juego patológico es “*un comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente*” y se han de cumplir al menos cinco de los criterios que se muestran en la Tabla 1 donde también mostramos la propuesta de Fisher (1993) para ajustar los criterios en niños de entre 11 y 16 años (Arbinaga, 2000). Algunos autores han denominado al juego patológico “*la adicción invisible*” (Lesieur et al., 1986): A diferencia del alcohólico, el jugador patológico no tiene señales que le delaten, no sufre un deterioro de sus facultades que lo pongan en evidencia, no tienen que

frecuentar barrios marginales ni lugares específicos para adquirir las sustancias que provocan su adicción, el juego está disponible en los lugares donde hacemos nuestra vida cotidiana (Salines y Roa 2002).

Además, la mayor parte de la población no es consciente de este trastorno salvo en casos extremos (McCormick et al., 1984). Por ello, a los factores de riesgo habituales en cualquier adicción hay que añadir las posibles *distorsiones cognitivas acerca del juego* que tiene la población general y especialmente los adolescentes. Este es el aspecto en que queremos centrar este estudio.

En España se han realizado varios estudios de prevalencia del juego patológico en adultos. Becoña y Fuentes (1995) estimaron el porcentaje de jugadores patológicos mayores de 18 años, en el 1'5%. Todo parece indicar que la incidencia de este problema que estamos analizando es grave también en los jóvenes, y adolescentes. Datos de varios países indican que el juego patológico se inicia a edades muy tempranas. Por ejemplo, en el meta-análisis de Shaffer y cols. (1996) sobre la prevalencia del juego patológico entre adolescentes las tasas encontradas, oscilaba entre el 4,4% y el 7,4%.

También en España se han realizado estudios parciales sobre el juego patológico en niños y adolescentes. Dos estudios en ciudades españolas (A Coruña y

Gijón), con niños de 11 a 16 años, encontraron que la prevalencia de juego problema en máquinas tragaperras fue del 2% y 1,6% respectivamente (Villa et al., 1997; Becoña y Gestal, 1996). En el estudio de Becoña (1997) en A Coruña, se encontró además un 2,4% de probables jugadores patológicos. Arbinaga (2000), con estudiantes de 13 y más años de secundaria de Huelva, halló un 2,7% utilizando el SOGS. Datos similares ha encontrado Becoña (Becoña et al., 2001). Por consiguiente el riesgo de juego en adolescentes es relativamente alto. Este no es exactamente el objetivo de este estudio pero lo justifica.

Podemos preguntarnos, ¿por qué juega un jugador a pesar los problemas que le está acarreado esta actividad? Además de los motivos que mantienen a cualquier adicto en sus conductas adictivas (*craving* condicionado, falta de habilidades sociales, síndrome de abstinencia,...), el jugador patológico juega porque tiene pensamientos erróneos o irracionales sobre el juego y la posibilidad de influir en sus resultados, aunque los juegos de azar, por definición, no son controlables ni predecibles. (Mañoso, Labrador y Fernández-Alba, 2004). Los juegos de azar son situaciones complejas en las que se sesga la información para simplificarla, esto puede hacer que se llegue a tener pensamientos erróneos, como creer que se puede predecir o influir los resultados, o que realmente hoy es

Tabla 1. Criterios diagnósticos del juego patológico en el DSM-IV y DSM IV-J

DSM IV	DSM IV-J
1. Preocupación por el juego.	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7. Ídem.
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.	
3. Fracaso repetido en el esfuerzo para controlar, interrumpir o detener el juego.	
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.	
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas.	
6. Después de pérdidas se regresa para recuperar.	
7. Se engaña a los miembros de la familia y a otros para ocultar el grado de implicación con el juego.	
8. Se cometen actos ilegales para financiar el juego.	8. Se cometen actos ilegales/antisociales, gastar dinero de la comida, robar en casa o fuera para jugar.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales, trabajos, etc.	9. Se riñe con la familia o con los amigos más próximos y se hace peligrar la educación por el juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera.	10. Ídem.

su día de suerte,... Aunque *Piatelli (1995)* distingue entre atajos (heurísticos) y túneles (sesgos cognitivos), reconoce que ambos inducen a tomar decisiones cuyos resultados no solo no son óptimos, sino que a menudo conducen al absurdo, por lo que en este estudio no diferenciaremos ambos conceptos.

Existen algunos estudios de creencias irracionales con adolescentes españoles, por ejemplo el de *Cardeñosa y Calvete (2004)* pero es de carácter general, o bien el de *Baile y cols (2003)* que se centra en distorsiones cognitivas específicas de adolescentes, pero ajenas al juego patológico. En nuestra revisión no hemos encontrado ninguna escala que mida distorsiones cognitivas (u otros conceptos equivalentes, como creencias irracionales, pensamiento mágico,...) referidas específicamente a juego patológico con adolescentes y menos aún en España.

En los juegos de azar, los sesgos o distorsiones cognitivas pueden ser muy variados. De hecho, son muchas las distorsiones cognitivas que se han descrito en el ámbito de los juegos de azar: Disponibilidad (El juicio sobre la probabilidad de un evento se realiza en función de la facilidad con la que tal suceso puede ser recordado, *Piatelli, 1995*); Representatividad (El juicio de saber la probabilidad de un evento se realiza estimando su similitud con la clase a la cual se supone pertenece ese ejemplar), Insensibilidad al tamaño muestral (se cree que las muestras pequeñas reflejan todas las características de la población de la que provienen (*Kahneman, y Tversky 1971*); Falacia del jugador, tipo1 (creencia de que el azar es un proceso auto-correctivo en el cual una desviación en cierta dirección induce a una desviación en la dirección opuesta para restaurar el equilibrio, *Kahneman y Tversky, 1982*); Falacia del jugador, tipo2 (creencia de que se puede detectar un número favorable a partir de un número de observaciones reducido, *Fernández-Alba y Labrador, 2002*); Ratificación del sesgo, o sesgo confirmatorio (búsqueda de información que sea consistente con el punto de vista de uno y menosprecio de la información opuesta, *Fernández-Alba y Labrador, 2002*); Fijación en las frecuencias absolutas, se valora cuánto se gana, más que la frecuencia relativa, balance pérdidas y ganancias, *Fernández-Alba y Labrador, 2002*); Sesgo de la información concreta (información basada en incidentes llamativos más que cálculos estadísticos, *Fernández-Alba y Labrador, 2002*); Correlación ilusoria o Pensamiento

mágico (se perciben covariaciones, relaciones, que no existen, *Piatelli, 1995*), Inconsistencia del proceso (se cambia de modelo predictivo para tener siempre razón, *Labrador y Fernández-Alba, 2002*); Confianza en los hábitos; Reducción de la complejidad (antes de la toma de decisión, los problemas complejos se reducen a problemas más sencillos, *Labrador y Fernández-Alba, 2002*); Ilusión de control (la actividad que atañe a un resultado incierto puede por sí misma inducir en una persona sentimientos de control sobre dichos resultados, *Rovira Faixa y cols., 2002*); Atribución flexible (tendencia a atribuir los éxitos a las habilidades propias y los fracasos a influencias de otro tipo, especialmente en tareas en que se puede decidir qué hacer, *Rovira Faixa y cols., 2000*); Ilusión de perder por poco (ya que confirma la estrategia del jugador y aumenta la esperanza de que el premio está próximo, *Reid, 1986*); Creer en la suerte, como algo que existe previamente, influye en el resultado (diferente por tanto del mero azar, *Labrador y Fernández-Alba, 2002*) y por último Sesgo de las explicaciones post hoc o retrospectivo (el jugador no se sorprende por lo ocurrido, pase lo que pase, e incluso cree que predijo ese resultado, *Labrador y Fernández-Alba, 2002*).

Además, los jugadores patológicos suelen presentar distorsiones cognitivas que también son encuadrables, en el modelo de Ellis de Terapia Racional Emotiva (*González Valerio, 2004*). Así, presentan ideas como: “No soy un jugador patológico porque no juego todos los días” (idea irracional dicotómica), “Necesito recuperar lo que he perdido” (idea irracional de necesidad), “Nadie debe saber que he jugado” (idea irracional del deber), o “Es horrible si voy al bar y no puedo invitar, mejor me aparto de los demás” (idea irracional catastrófica).

No obstante, esta amplia relación de distorsiones cognitivas, se refiere a *jugadores*, no a la *población general*. Y por el contrario, nuestro trabajo se centra en las distorsiones acerca del juego de los que en ese momento no son jugadores. Queremos estudiar qué distorsiones existen en la población adolescente que pudieran suponer un factor de riesgo. Por ejemplo, la población que no juega de forma patológica y por consiguiente no pierde dinero de forma apreciable con el juego, no tiene sentido que desarrolle ideas erróneas acerca de la necesidad de jugar más para recuperar el dinero perdido. Así pues, la mayoría de estas distorsio-

nes, útiles para el tratamiento, no lo son como factor de riesgo en la población general.

Las creencias de la población adulta sobre los juegos de azar han cambiado en los últimos tiempos, pero siguen existiendo (Becoña, 2002).

Hay que dejar claro que una distorsión cognitiva no es una opinión o una actitud discutibles, sino un error objetivo. Si dos más dos suman cuatro, esto no es opinable y dar otro resultado es cometer un error. El instrumento que creamos y del que hablamos más adelante se basa en este tipo de distorsión.

Analizando la prevalencia del juego patológico en adolescentes, y los heurísticos que pueden provocar ésta, esta investigación tiene como *objetivo estudiar la presencia de errores cognitivos en adolescentes* para en posteriores estudios poder predecir si ésta presencia influye en la posibilidad de ser en un futuro jugadores patológicos. El estudio se refiere a población general de adolescentes. Es decir, pretendemos detectar la presencia/ausencia de algunos sesgos cognitivos en relación con la percepción del juego por parte de los adolescentes en general.

No nos interesa por tanto medir la cantidad de sesgo sino su presencia o ausencia.

Tampoco es objeto de este estudio conocer completamente cuál es la estructura mental de los sujetos con respecto al juego patológico. Es decir, podría haber otras distorsiones, que deberían ser investigadas en el futuro.

Como el pensamiento sigue pautas evolutivas queremos conocer si hay diferencias en cuanto a distorsión según las edades y nivel escolar de los sujetos.

En resumen, las cuatro áreas en que vamos a buscar posibles distorsiones son:

1. *Concepto de Juego*: El juego patológico no es una verdadera adicción, o ciertos juegos no lo son (solo otros) y no tiene tan malas consecuencias.

2. *Aspectos definitorios*: El que el juego sea patológico depende exclusivamente de la cantidad de dinero jugado, no importa la frecuencia, ni el control o ausencia de control, ni si se usa el juego para evadir problemas, ni cómo afecta el juego a la economía del jugador.

3. *Género, edad y generación*: La adicción es más

o menos grave según la edad o el género del jugador y mentir a los padres para tapar el juego es un problema generacional, no de juego.

4. *Creencia en la Suerte*: Existe la suerte, se puede tener buena suerte, o bien el resultado del juego de azar depende de la habilidad del jugador. Con suerte se puede recuperar lo perdido.

Creemos que al menos estas distorsiones pueden estar presentes y pretendemos averiguar si es cierto.

Método

Queremos saber si ciertas distorsiones cognitivas relativas a juego patológico, están presentes de forma significativa en la población estudiada.

Podemos resumir nuestras hipótesis en cinco bloques:

1. La percepción del fenómeno del juego por adolescentes sigue ciertas pautas que son compatibles con distorsión cognitiva medida en el conjunto de la Escala.

2. La misma hipótesis anterior, se subdivide además en:

2.1. Para los adolescentes, el juego no es una verdadera adicción, o ciertos juegos no lo son...

2.2. Los adolescentes perciben como patológico el juego dependiendo únicamente del dinero jugado

2.3. Los adolescentes tienden a percibir diferente gravedad según la edad, género o relación paterno-filial del jugador.

2.4. Los adolescentes creen en la suerte.

3. Existen diferencias en estas distorsiones según la edad/ciclo formativo de los sujetos.

4. No existirán diferencias por sexo.

Las variables dependientes son las distorsiones cognitivas en su percepción sobre el juego patológico, que será medida a partir de la disgregación de ésta en los diversos ítems del cuestionario elaborado a tal efecto y que se agrupan en cuatro áreas de la siguiente forma:

a) *Concepto de Juego*: Medido por los ítems 1, 2 y 10.

b) *Aspectos definitorios*: Medido por los ítems 3, 4,

5, 6 y 9.

c) *Género, edad y generación*: Medido por los ítems 7, 8 y 14.

d) *Creencia en la Suerte*: Medido por los ítems 11, 12 y 13.

Aunque la determinación de la existencia de sesgos cognitivos es un estudio meramente descriptivo, en la segunda parte del trabajo deseamos establecer comparaciones entre las diversas edades según ciclos educativos (variable independiente). A este efecto hemos considerado esta variable con el siguiente rango, atendiendo más que a la mera edad cronológica, al desarrollo psicológico y educativo propio de cada ciclo:

Grupo 1: Primer ciclo de ESO (1º y 2º de ESO)

Grupo 2: Segundo ciclo de ESO (3º y 4º de ESO)

Grupo 3: Primero de Bachillerato.

No se incluyó a los estudiantes de 2º de Bachillerato, debido a que sus edades, entre 18 y 20 años, en los centros estudiados, escapan al objeto de este estudio concreto (lo que no quiere decir que no puedan tener también distorsiones cognitivas o que no fuese interesante otro estudio con esta población).

También se tomó como variable independiente el sexo de los sujetos.

La muestra estuvo formada por los 428 estudiantes de Educación Secundaria que eran la totalidad de los que estaban realizando los cuatro cursos de ESO y 1º de Bachillerato, en el IES Tirso de Molina, (público) y Centro Concertado Valdecás, ambos de Madrid. Los sujetos tenían edades comprendidas entre 12 y 18 años. La edad media de la muestra fue de 14,81.

Diseño:

Se utilizó un diseño descriptivo y transversal. En él intentamos determinar la presencia de alteraciones cognitivas en adolescentes. Así mismo, se realizó una comparación entre los grupos formados por los distintos segmentos de edades (ciclos formativos) y por sexos.

Instrumento:

Como se ha dicho, *no se encontraron escalas que midiesen creencias irracionales (u otros conceptos similares) referidas a juego patológico con adolescentes*. Por ello se elaboró un instrumento para poder medir

la percepción que tienen los adolescentes del juego patológico y comprobar si se detectan indicios de errores cognitivos al respecto.

El objetivo del estudio no es pues, construir una escala de precisión psicométrica (ese es un objetivo interesante para más adelante), sino simplemente detectar la presencia/ausencia de dichas distorsiones, en tanto en cuanto esto podría ser un factor de riesgo de de juego patológico en el futuro.

Igualmente, *no pretendemos medir cuánta distorsión hay, sino detectar la existencia de distorsiones concretas*.

La Escala es una Escala tipo Likert, en la que se presentan 14 ítems, siendo el rango siguiente: Totalmente de acuerdo (5), Muy de acuerdo (4), De acuerdo (3), Nada de acuerdo (2), Totalmente en desacuerdo (1).

Los ítems presentan preguntas directas con una respuesta correcta y miden si el sujeto acierta o no dicha respuesta. En este sentido se parece más a un test de rendimiento que a uno de personalidad.

Los ítems se elaboraron por los autores tentativamente a partir de las distorsiones cognitivas habituales, de las que se ha hablado en la introducción. Las áreas representan a nuestro juicio los tipos de distorsión más habituales. Aunque no hay un estudio que cuantifique cuáles con los errores con más peso (y debería haberlo), esto es lo que parece desprenderse de la bibliografía y de la experiencia clínica con jugadores patológicos del autor principal de este estudio. Esto no da garantías de validez, pero es un buen comienzo para un instrumento.

Tabla 2. Consistencia de la Escala de Percepción de Juego Patológico y sus Áreas

Áreas				
Escala	Concepto General	Aspectos definitorios	Género /Edad	Suerte
.682	.620	.663	.601	.630

En cada ítem solo había una respuesta correcta (la puntuación 5 o en el caso de los ítems inversos la puntuación 1), representando una distorsión cualquier otra respuesta. Además el grado de distorsión es diferente, por ejemplo, si la respuesta correcta a un ítem es 5, la respuesta 4 supone menos distorsión que la respuesta 1:

Tabla 3. Estadísticos descriptivos

Área	Media	D.T.
Escala total	2,60	,45
Área Concepto General	2,87	,69
Área Aspectos definitorios	2,47	,64
Área Género/Edad	2,37	,90
Área Suerte	2,64	,88
Hombres	2,57	,44
Mujeres	2,58	,80
Ciclo 1	2,75	,45
Ciclo 2	2,57	,43
Ciclo 3	2,49	,45

Si se pregunta, en el ítem 12 si hay *personas tan hábiles que pueden ganar dinero a la larga jugando a las tragaperras sin hacer trampas*, la única respuesta correcta es “muy en desacuerdo”, ya que esta afirmación es imposible y por tanto cualquier otra respuesta implica un error, que será mas grave cuanto más diferente sea de la correcta.

Los datos sobre la consistencia del instrumento y sus áreas (no son propiamente factores) se muestran en la Tabla 2.

Si bien no son consistencias muy altas, existe apoyo a la aceptación de datos similares, con coeficientes alfa de Crombach superiores a.60 (Hair y cols., 1998). De todas formas recuérdese que este no es el objetivo principal del presente estudio.

Tabla 4. Resultados (medias) por áreas y edades (ciclos educativos).

Área	Grupo 1 (Ciclo 1 Eso)	Grupo 2 (Ciclo 2 Eso)	Grupo 3 (Bachillerato)
Concepto General	2,96	2,86	2,78
Aspectos definitorios	2,62	2,44	2,39
Género/Edad	2,67	2,33	2,13
Suerte	2,74	2,60	2,61

No se calculó la validez externa ya que no se encontró un criterio de comparación adecuado, por eso precisamente se construyó esta Escala, pero los ítems eran ejemplos directos de las distorsiones que queríamos medir, por lo que es correcto hablar de su elevada validez clínica.

Procedimiento:

La recogida de datos se realizó entre los meses

de noviembre y diciembre, previa solicitud en ambos centros. Se les indicó claramente que el cuestionario era anónimo y su colaboración voluntaria. Tres colaboradores se encargaron de recoger los datos en los centros seleccionados. Se pidió al profesor que abandonara el aula mientras los alumnos cumplimentaban los cuestionarios.

Resultados

En primer lugar se hizo un análisis descriptivo de los datos, agrupados y también separándolos por ciclos formativos y por áreas de distorsión.

Posteriormente se realizó un estudio inferencial, falsando las hipótesis en unos casos de igualdad de la media a un valor determinado (el “correcto”, que no implica distorsión cognitiva) mediante una prueba T para una muestra y otros casos mediante una comparación de medias/ANOVA (de los distintos grupos de edad/ciclos formativos y de sexos)

Los datos nos muestran que las puntuaciones de la escala total, de las diferentes áreas, de los ciclos formativos y de ambos sexos son aproximadamente similares. Puede verse en la Tabla 4 los datos separados a la vez por áreas y ciclos formativos.

Puede observarse que con carácter general las puntuaciones más altas aparecen en el primer ciclo de la ESO y las más bajas en Bachillerato.

Por lo que respecta al análisis inferencial, Se han comparado las puntuaciones totales de los sujetos en la escala con la puntuación que se considera sin distorsión cognitiva (=5, una vez recodificados los ítems inversos), mediante una prueba T para una muestra, con un nivel de confianza 1- α de .99. El conjunto de la Escala presenta diferencias significativas con el valor de no distorsión, es decir, los resultados son compatibles con la existencia de distorsión

Por el mismo procedimiento se obtuvieron los

resultados de la comparación de las cuatro áreas y muestran que todas presentan diferencias significativas con el valor correcto (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de medias con el valor de no distorsión

Variable analizada	Nivel de significación
Escala	.000
Concepto General	.000
Aspectos definitorios	.000
Género/edad	.000
Suerte	.000

Se compararon igualmente los resultados por ciclos educativos, mediante un ANOVA para muestras independientes. En el conjunto de la Escala, se encontraron diversas diferencias significativas ($1-\alpha$ de .99) entre los grupos 1 y 2 y 1 y 3, pero no entre los grupos 2 y 3. En un análisis similar pero por áreas, solo se encontraron diferencias significativas ($1-\alpha$ de .99) en el área de Concepto General, al igual que en el conjunto de la Escala, entre los grupos 1 y 2 y 1 y 3, y no entre los grupos 2 y 3.

Por último, se realizó una comparación de medias (T) por sexos, pero no hubo diferencias significativas entre chicos y chicas respecto al grado de distorsión.

Tabla 6. Comparación en grado de distorsión entre los ciclos formativos

Comparación	Nivel de significación
Escala total, Ciclos 1 y 2	.000
Escala total, Ciclos 1 y 3	.000
Área de Concepto General, Ciclos 1 y 2	.000
Área de Concepto General, Ciclos 1 y 3	.000

Discusión

Recordemos que en este trabajo el objetivo principal es analizar la presencia de distorsiones cognitivas relacionadas con el juego patológico en adolescentes. Como consecuencia de los resultados antes expuestos, nuestras hipótesis son verificadas o no de la forma siguiente:

Se verifica la hipótesis más importante, esto es que la percepción del juego por adolescentes es compatible

con la existencia de distorsión cognitiva medida en el conjunto de la Escala. Por Áreas, igualmente se verifica la hipótesis de distorsión cognitiva en todas ellas: Presentan errores cognitivos en Concepto General, en Aspectos Definitorios, en Género/edad y en Suerte.

Existen diferencias en cuanto a la gravedad de las distorsiones según la edad de los sujetos, pero solo entre los de Primer Ciclo de la ESO y el resto (Segundo Ciclo y Bachillerato) y solo en el conjunto de la Escala y en el Área de Concepto General, no habiendo diferencias por ciclo formativo en las otras tres Áreas. Por último no hay diferencias entre sexos.

La primera interpretación de estos resultados es que los adolescentes muestran distorsiones cognitivas con respecto al juego patológico y esto en todas las áreas en que se pueden agrupar los ítems y ello con un nivel de significación muy alto. Parece pues que este factor de riesgo está presente entre los adolescentes, lo que a nuestro juicio debe ser tenido en cuenta en cualquier política de prevención de adicciones, que se quiera llevar a cabo.

Aunque en todos los grupos de edad aparecen distorsiones, es cierto que estas parecen evolucionar, siendo mayores en los sujetos de menor edad (entre 12 y 14 años), si bien después siguen siendo significativas.

Una línea de investigación futura sería la de intentar correlacionar en estudios longitudinales la presencia de estas distorsiones y la futura prevalencia de juego patológico en esa población

Respecto a la propia Escala, sería interesante intentar perfeccionarla, mejorando sus consistencia y realizando con el suficiente número de sujetos estudios de tipo factorial a fin de transformarla en un instrumento psicométrico de medida.