

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS**



TESIS DE GRADO

“DEPRESIÓN, IMPULSIVIDAD Y LUDOPATÍA”

PRESENTADA POR

VALERIA NATALIA CAPRARULO

DIRECTOR: LIC. ESTEBAN CÓRDOBA

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Fecha: Octubre 2014

De mí mismo, prefiero no hablar. Aunque ahora ya no se trata de eso. Todo son palabras, palabras y palabras, ¡y hacen falta hechos! Ahora lo principal es Suiza. ¡Mañana mismo! ¡Oh, si pudiera marchar mañana! Nacer de nuevo, resucitar. Tengo que demostrarles... Que vea Polina que todavía puedo ser un hombre. Basta con... hoy ya es tarde, pero mañana... ¡Tengo un presentimiento, no puedo equivocarme! Dispongo de quince luisas, y otras veces he empezado con quince florines. Bastaría ser cauteloso... Pero, ¿soy acaso un niño pequeño? ¿No me doy cuenta, acaso, de que soy un hombre perdido? ¡Pero por qué no voy a poder resucitar! ¡Sí! Bastaría con ser una sola vez en la vida calculador y paciente, bastaría con ser perseverante una sola vez, ¡y en una hora podría cambiar mi destino! Lo esencial es el carácter. No tengo más que acordarme de lo que me ocurrió hace siete meses en Ruletenburgo, antes de arruinarme definitivamente. ¡Fue un caso excepcional de resolución! Había perdido todo, todo... Salí del casino, mire: en el bolsillo del chaleco había un florín. Pensé, más apenas hube dado cien pasos, cambie de idea y regrese a la sala de juego. Puse aquel florín a manque (esta vez fue manque), y puedo jurar que se experimenta una sensación particular cuando uno que está solo, en un país extraño, lejos de la patria, de los amigos, no sabiendo si va a comer aquel día, arriesga su último florín, ¡el último! Y... gané, y a los veinte minutos salía del casino con ciento setenta florines en el bolsillo. ¡Es un hecho! He aquí lo que a veces puede significar una última moneda. ¿Y si me hubiera amilanado y no hubiera tenido valor de decidirme?

*¡Mañana, mañana todo habrá terminado!
Final de “El Jugador”, Fiodor Dostoievski.*

AGRADECIMIENTOS

Muy especialmente a mi madre, por cuidarme y confiar en mí desde el día en que nací, quien con insistencia logró convencerme de que soy capaz de lograr lo que me proponga.

A mi padre, quién desde mi primera infancia no solo me inculcó que debía en mi adultez dedicarme a lo que me hiciera feliz, sino que además procuró asegurar todas las condiciones necesarias para que hoy yo pueda lograrlo.

A mis tres hermanos, a quienes amo incondicionalmente, por hacerme sentir única y especial desde mis primeros días de vida. Sin duda, para bien o para mal de muchos, son los principales artífices de la persona que hoy soy.

A Matías, compañero de media vida, quien supo motivarme, sostenerme, soportarme y también obstaculizar sin éxito mi recorrido académico. Quién celebró junto a mí todos mis éxitos, quien padeció a la par mis decepciones...sin él estoy segura de que éste logro tan importante para mí, no hubiera sido posible.

A mis amigos, hermanos de la vida, quienes alivianan todos mis esfuerzos, recordándome siempre quién soy y aquellas cosas realmente necesarias para ser feliz.

A aquellos compañeros, hoy amigos, que se han transformado en el regalo más valioso e inesperado que me ha dejado la Universidad.

A todos aquellos docentes, amantes de la psicología, humanos muy humanos, profesionales bien profesionales, que han logrado fortalecer mi pasión por la psicología y transmitirme el ejemplo del compromiso y la ética profesional, en pos del alivio del padecimiento humano.

A mi tutor por haber puesto su tiempo y sapiencia al servicio de la presente tesis, transmitiéndome la seguridad necesaria para afrontar el desafío.

Y a muchas personas que sin saberlo, han despertado en mí la incertidumbre acerca del maravilloso funcionamiento del psiquismo humano.

Gracias!

Depresión, Impulsividad y Ludopatía

Valeria Natalia Caprarulo

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. UAI

Resumen

En ésta investigación se pretende conocer cómo se asocian Impulsividad y Depresión en personas Ludópatas y no Ludópatas residentes en Capital Federal y Conurbano Bonaerense, de Provincia de Buenos Aires.

Se tomó una muestra no probabilística accidental simple, compuesta por 60 personas que asisten a centros de JUGANON (Jugadores Anónimos). La otra sub muestra fue seleccionada aleatoriamente, 80 personas residentes en Capital Federal o Conurbano de la Provincia de Buenos Aires, que no presentan hasta la fecha de la toma problemas de Juego patológico.

Se administraron la Escala de Impulsividad de Barratt [BIS-11] (Patton, Standford&Barratt, 1995), compuesta por 30 ítems, con respuesta tipo Likert, e Inventario de Depresión de Beck II [BDI-II] (Beck, Steer& Brown, 1996), de auto informe de 21 ítems.

Se encontraron correlaciones significativas inversas entre Impulsividad Motora y Depresión y sus dimensiones, salvo en dimensiones: Indecisión, Sensación de castigo, Autoacusaciones, Irritabilidad, Pérdida de peso y Pérdida de libido. No se hallaron correlaciones significativas entre Impulsividad Cognitiva y Depresión, ni entre Impulsividad no Planeada y dicho constructo con sus dimensiones.

Se encontraron diferencias significativas entre ludópatas y no ludópatas en la variable Depresión. No se hallaron diferencias significativas en Impulsividad en ninguna de sus dimensiones.

Palabras clave: Depresión, Impulsividad, Juego de Azar, Ludopatía, Adicción.

Depression, Impulsivity and Gambling.

Valeria Natalia Caprarulo

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. UAI

Abstract

In this research aims to understand how people Impulsivity and Depression Gamblers Gamblers and non-residents in Capital Federal and Greater Buenos Aires, Buenos Aires Province are associated.

Single accidental nonrandom sample, composed of 60 people attending centers JUGANON (Gamblers Anonymous) was taken. The other sub-sample was randomly selected, 80 people living in Capital Federal or Conurbano of the Province of Buenos Aires, who do not have to date of decision problems Pathological Gambling. The Barratt Impulsiveness Scale [BIS-11] were administered (Patton, Stanford & Barratt, 1995), consisting of 30 items, with Likert, and Beck Depression Inventory II [BDI-II] (Beck, Steer & Brown, 1996) of 21-item self-report. Procrastination, like punishment, self-accusations, irritability, weight loss and loss of libido: Motor significant inverse correlations between impulsivity and depression and its dimensions, except dimensions were found. No significant correlations between cognitive impulsivity and depression, and between impulsivity and said no Planned Construct with its dimensions were found. Significant differences between gamblers and non-gamblers in the Depression variable was found. No significant differences in impulsivity in any of its dimensions were found.

Key Words: Depression, Impulsiveness, Gambling, Gaming, Addiction.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	2
Muy especialmente a mi madre, por cuidarme y confiar en mí desde el día en que nació, quien con insistencia logró convencerme de que soy capaz de lograr lo que me proponga.	2
A mi padre, quien desde mi primera infancia no solo me inculcó que debía en mi adultez dedicarme a lo que me hiciera feliz, sino que además procuró asegurar todas las condiciones necesarias para que hoy yo pueda lograrlo.	2
A mis tres hermanos, a quienes amo incondicionalmente, por hacerme sentir única y especial desde mis primeros días de vida. Sin duda, para bien o para mal de muchos, son los principales artífices de la persona que hoy soy.	2
A Matías, compañero de media vida, quien supo motivarme, sostenerme, soportarme y también obstaculizar sin éxito mi recorrido académico. Quién celebró junto a mí todos mis éxitos, quien padeció a la par mis decepciones...sin él estoy segura de que éste logro tan importante para mí, no hubiera sido posible.	2
A mis amigos, hermanos de la vida, quienes alivianan todos mis esfuerzos, recordándome siempre quién soy y aquellas cosas realmente necesarias para ser feliz. ..	2
A aquellos compañeros, hoy amigos, que se han transformado en el regalo más valioso e inesperado que me ha dejado la Universidad.	2
A todos aquellos docentes, amantes de la psicología, humanos muy humanos, profesionales bien profesionales, que han logrado fortalecer mi pasión por la psicología y transmitirme el ejemplo del compromiso y la ética profesional, en pos del alivio del padecimiento humano.	2
A mi tutor por haber puesto su tiempo y sapiencia al servicio de la presente tesis, transmitiéndome la seguridad necesaria para afrontar el desafío.	2
Y a muchas personas que sin saberlo, han despertado en mí la incertidumbre acerca del maravilloso funcionamiento del psiquismo humano.	2
Gracias!	2
Depresión, Impulsividad y Ludopatía	3
Valeria Natalia Caprarulo	3
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. UAI	3
Resumen.....	3
Depression, Impulsivity and Gambling.....	4
Valeria Natalia Caprarulo	4
Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. UAI	4
Abstract	4
ÍNDICE GENERAL.....	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
CAPÍTULO I.....	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II	15
MARCO TEÓRICO.....	16
CAPÍTULO III	87
METODOLOGÍA	88
CAPÍTULO IV	92
RESULTADOS.....	92
RESULTADOS.....	93
Descripción de las variables.....	93

Dimensiones de la Impulsividad (No Ludópatas).....	93
Depresión	93
Cruce de variables.....	93
Análisis de valores extremos	93
Análisis de normalidad	93
Análisis de correlaciones entre las variables	94
CAPÍTULO V	96
DISCUSIÓN.....	96
REFERENCIAS	109
ANEXOS	126
A.1.1.Caracterización de la muestra	127
-El 7% de las personas con problemas de juego de azar patológico refieren el consumo de algún tipo de psicofármaco, mientras que el 93% expresa lo contrario.	135
ANEXO 2- Instrumento de recolección de los datos	135

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Sexo.{ XE "GRÁFICO 1. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO II O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011." }.....	127
Gráfico 2. Nivel de Escolaridad.{ XE "GRÁFICO 2. ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO II O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011" }.....	127
Gráfico 3. Estado Civil.{ XE "GRÁFICO 3. PERSONAS CON LAS QUE CONVIVEN LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO I O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011." }.....	128

Gráfico 4. ¿Con quién vive?{ XE "GRÁFICO 4. SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO II O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011." }	128
Gráfico 5. Situación Laboral.	129
Gráfico 6. ¿Su sueldo es Sostén de Familia?	129
Gráfico 7. Religión.	130
Gráfico 8. ¿Cree que los juegos de azar pueden ocasionar problemas? (no ludópatas).	130
Gráfico 9. ¿Juega en alguna ocasión juegos de azar? (no ludópatas).	131
Gráfico 10. ¿Ha apostado mayor cantidad de dinero de lo que planeaba? (no ludópatas).	131
Gráfico 11. ¿Consume Alcohol?	132
Gráfico 12. ¿En qué situaciones bebe?	132
Gráfico 13. ¿Consume algún tipo de Droga Ilegal?	133
Gráfico 14. ¿Toma algún tipo de medicación? (no ludópatas).	133
Gráfico 15. Recaídas en el tratamiento actual (Ludópatas).	134
Gráfico 16. ¿Toma algún Psicofármaco? (Ludópatas).	134

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I. Resúmenes estadísticos de las dimensiones de Impulsividad	93
---------------------------------------------------------------------------	----

TABLA II Resúmenes estadísticos de Depresión	93
TABLA III .Correlaciones de la variable Impulsividad Motora.{ XE "GRÁFICO 7. NIVEL DE RESILIENCIA QUE POSEÍAN LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO II O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011." } XE "GRÁFICO 6. ACTIVIDADES ASOCIADAS A SU BIENESTAR REALIZADAS POR LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO I O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011." }	94
TABLA IV .Diferencias grupales según la variable Depresión y dimensiones de Impulsividad (Prueba U de Mann-Whitney){ XE "GRÁFICO 4. SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES ADULTAS QUE SE ATENDÍAN EN EL INSTITUTO ÁNGEL ROFFO POR UN CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO II O III, DURANTE EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2011." }	95

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El propósito general del presente estudio, es evaluar el grado de Impulsividad y el nivel de Depresión en ludópatas en comparación con un grupo control (no ludópatas).

Por ende, se postula como primera hipótesis que los niveles de Impulsividad y Depresión son mayores en personas Ludópatas con respecto a personas no Ludópatas.

En la actualidad, la Depresión y la Impulsividad son problemáticas que afectan las conductas de las personas de nuestra sociedad de forma creciente, afectando las relaciones interpersonales de quienes lo padecen y en general a la calidad de vida. Actualmente, hay un acuerdo sobre la importancia de la Impulsividad a nivel individual y social, ya que está relacionada a distintos comportamientos con gran impacto social como la Ludopatía (Morales& Vives, 2007).

El término Impulsividad se refiere a una serie de fenómenos que comparten características aparentes, pero no guardan una vinculación sino tangencial. En la actualidad, se encuentra popularmente instalado el vocablo “Impulsividad” como la tendencia a contestar de forma abrupta, precipitada o prematura. A pesar de que esta definición es similar ala que se le atribuye al término desde la psicología, existen consideraciones relevantes que terminan por delimitar la complejidad de este campo (Scáandar, 2000).

La Impulsividad es la falta de reflexión entre el estímulo ambiental y la respuesta individual (Doob, 1990). Existe cierto consenso, además, de que la conducta impulsiva y los problemas que se derivan por la tendencia a actuar sin la suficiente reflexión, van en aumento. De hecho, se considera que la Impulsividad es un factor clave en conductas problemáticas como la Ludopatía. De todas formas debido al insuficiente consenso en torno a su definición (Leshem&Glicksohn, 2007), las diversas definiciones han tomado en cuenta aspectos como la búsqueda de sensación, asunción

de riesgos, búsqueda de novedad, audacia, susceptibilidad al aburrimiento y falta de fiabilidad (Depue & Collins, 1999).

Por su parte, Barratt (1965) define la Impulsividad como una dimensión de la personalidad de primer orden, relacionada con la extroversión, con la búsqueda de sensaciones y con la hipomanía. En general, los estudios realizados sobre la Impulsividad destacan las consecuencias negativas para el individuo, pero Dickman (1990), señala que en ocasiones los sujetos impulsivos rinden mejor que los no impulsivos, y definió la Impulsividad como la tendencia a deliberar menos que la mayoría de la gente con iguales capacidades antes de realizar una acción. Debido a esta amplia variedad de maneras de abordar la Impulsividad, algunos autores han establecido categorías a partir de las definiciones que se utilicen, lo que facilitaría el objeto de estudio.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001), la Depresión es un trastorno mental común que se presenta con el humor deprimido, la pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o auto-valoración baja, sueño desequilibrado, desórdenes del apetito, bajos niveles de energía y la concentración pobre. Estos problemas, pueden hacerse recurrentes o crónicos, y conducir a daños sustanciales en la capacidad de un individuo al cuidar de sus responsabilidades diarias. La palabra Depresión proviene del latín *depressu*, que significa “abatido”, “derribado”, y para la psiquiatría es un Trastorno del Estado de Ánimo¹ Bajo que, en términos coloquiales, se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente (Conti, 2007).

Su sintomatología es muy variada, va desde síntomas físicos, inhibición de pensamiento, inhibición psicomotora, hasta presentarse asociadas con otras patologías de ansiedad y alcoholismo. Puede aparecer a cualquier edad. Sus formas clínicas son muy variadas, van desde las leves (distimias), a las severas (melancolía), e incluso se presentan enmascaradas (Conti, 2007).

Riveros, Hernández & Rivera (2007), afirman que los estados depresivos no son una entidad monolítica invariable. Si se observaran las clasificaciones que se han realizado hasta la actualidad, se podría observar que se han descrito más de cien tipos depresivos que se presuponen, son distintos entre sí. Estos autores sostienen que esta abundancia de clasificaciones puede confundir. En la actualidad, se realiza mayor hincapié en conocer si el síndrome depresivo se relaciona con otras entidades, y si cumplen o no determinados requisitos, como síntomas, signos, gravedad y tiempo de resolución.

Frente al tratamiento de la Depresión, Alonso Patiño Villada (2006) señala que éste exige un abordaje desde tres perspectivas: biológica, psicológica y social.

Cuquerella (1997), señala como recomendaciones a considerar en el tratamiento vigilar las poli medicaciones, iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir aumentando la dosis gradualmente, mantener un tiempo de 6 a 8 semanas en su inicio, fraccionamiento de las dosis en caso de efectos secundarios, vigilar la mala cumplimentación y mantener el tratamiento a dosis terapéuticas, una vez se haya resuelto el episodio.

Alonso Patiño Villada (2006), afirma que los antidepresivos tricíclicos son agentes muy eficaces y seguros para el tratamiento de la Depresión. Sin embargo, se deberá limitar su uso por la aparición de efectos adversos.

Por su parte, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son mejor tolerados y tan eficaces como los tricíclicos. A pesar de que todos son bien tolerados, si surgiera un efecto adverso, el que más complicaciones acarrea es la fluoxetina, debido a su larga vida media (Cuquerella, 1997).

La Ludopatía es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad desde 1980, definida como un trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares. Esta conducta persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

Es considerada un trastorno mental que aparece clasificado por primera vez como una entidad nosológica y con criterios diagnósticos específicos en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) lo clasificaba como un trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados, junto con la cleptomanía, la piromanía, el trastorno explosivo intermitente, etc. El juego patológico figuraba entonces como un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar, de los que derivan conductas de juego que interfieren negativamente en la consecución de los objetivos personales, familiares y/o profesionales (Becoña, 1996; Robert & Botella, 1995).

En la reciente publicación del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) figura en el apartado “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, como un *trastorno no relacionado con sustancias*. Esta inclusión del juego patológico, refleja la prueba de que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa

Similares a los activados por las drogas, pues producen algunos síntomas comportamentales similares a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2014).

La investigación realizada por el Instituto Nacional de Lotería y Casinos, y por la Asociación de Loterías (2008), devela que en Argentina esta patología se incrementó fuertemente desde los años 90 a la actualidad, además la cantidad de apuestas hechas durante 2004 fue de 658.285.571, y en 2005, 690.506.122. Los números revelan la fuerte apuesta monetaria en el juego. Además este estudio expone que el negocio de los juegos de azar movió 32.980 millones de pesos en 2005 en todo el país. Lo cual significa casi 11 mil millones de dólares. La recaudación es aportada por los juegos que regentea Lotería Nacional que aporta 7.400 millones de pesos; la lotería de provincia de Buenos Aires (la más poderosa), unos 15.580 millones de pesos y el resto del país en su conjunto, otros 10 mil millones de pesos (Instituto Nacional de Lotería y Casinos, 2008).

Dicha problemática aparece cada vez más como una situación de emergencia social, cuyo alcance es aún oscuro, pero con una fuerte influencia, no sólo sobre el jugador y su familia, sino también sobre toda la comunidad local. Las instituciones políticas y socio-sanitarias actuales parecen subestimar el impacto del abuso del juego, aunque cuentan con los recursos para atender uno de los más graves problemas psicosociales de nuestra sociedad (Palumberi & Mannino, 2008).

En las últimas décadas ha existido un creciente interés por los aspectos psicopatológicos y terapéuticos de la Ludopatía. Han habido escasos estudios sobre las diferencias de género en la Ludopatía, teniendo la mayor parte de las investigaciones como participantes a hombres ludópatas, a pesar de que un tercio del total de ludópatas son mujeres (De Corral, Echeburúa & Irureta, 2013).

En un estudio realizado por Fernández Montalvo & Echeburúa (2006), se analizaron los trastornos de personalidad asociados al juego patológico. Los jugadores con trastornos de personalidad presentaban una media de 2,2 trastornos y mostraban una alta Impulsividad. Asimismo, manifestaban niveles moderados de ansiedad y mayor consumo de alcohol e inadaptación a la vida cotidiana que la población normal (Fernández et al., 2006).

Báez, Echeburúa & Fernández-Montalvo (1994), realizaron una investigación sobre el estado del juego patológico en la década del 90, con el objetivo de encontrar un tratamiento adecuado para este trastorno. El estudio reveló que estos pacientes tienden a ser impulsivos, ansiosos, depresivos y con creencias irracionales.

Echeburúa (2005), señala los retos del futuro en el tratamiento de la Ludopatía, y destaca el hecho de que los instrumentos de evaluación del juego patológico actualmente disponibles, específicos (auto informes, como el SOGS, o entrevistas clínicas, como el NODS) o más generales, son aún muy limitados.

Los estudios referidos a la terapia del juego patológico prueban que este cuadro clínico responde bien a los tratamientos ofertados, con unas tasas de éxito entre el 50% y el 80% de los casos tratados en un seguimiento a largo plazo (Echeburúa, 2005).

Concretamente, la terapia de elección parece ser el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta, seguida por una intervención cognitivo conductual en prevención de recaídas (Echeburúa, 2005).

La terapia psicofarmacológica puede ser complementaria para pacientes con un estado de ánimo deprimido, o un elevado nivel de Impulsividad. El juego controlado puede ser una alternativa terapéutica para aquellos jugadores que no presentan una dependencia severa (Echeburúa, 2005).

De las investigaciones relevadas, relacionadas con la temática, se puede deducir que la relación entre las tres variables no está del todo investigada. Por lo tanto cualquier aporte que vincule las mismas, será oportuno a la profundización de la problemática. De esta forma, se encuentra un camino abierto para investigar e intentar responder: ¿Cuál es la diferencia entre los niveles de Depresión y o grados de Impulsividad de las personas ludópatas en comparación con aquellas que no lo son?

CAPÍTULO II

LUDOPATÍA, DEPRESIÓN E IMPULSIVIDAD.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En las últimas décadas ha existido un creciente interés por los aspectos psicopatológicos y terapéuticos de la Ludopatía. La mayor parte de las investigaciones estuvieron como participantes a hombres ludópatas. Además, han habido escasos estudios sobre las diferencias de género en la Ludopatía, a pesar de que un tercio del total de ludópatas son mujeres (De Corral et al., 2013).

Los hombres manifiestan una preferencia por las máquinas recreativas, tienen frecuentemente antecedentes de abuso de alcohol o de conductas antisociales y muestran rasgos de Impulsividad o de búsqueda de sensaciones (De Corral et al., 2013).

Las mujeres, por el contrario, se sienten más atraídas por los bingos, y los estados emocionales negativos desempeñan un papel importante en el inicio de la conducta de juego. Las mujeres juegan a menudo para escapar de los problemas o hacer frente a una mala relación de pareja o a la soledad, y pueden tener antecedentes de abuso sexual o maltrato físico en la infancia. La mayor parte de las mujeres ludópatas, se inician más tarde que los hombres en el juego, pero se vuelven adictas más rápidamente (De Corral et al., 2013). Asimismo responden mejor al tratamiento si se toman en cuenta estas características diferenciales. Por ello, parece haber diferencias de género en el perfil clínico de los ludópatas, que deben tomarse en consideración para el diseño del tratamiento (De Corral et al., 2013).

En un estudio realizado por Fernández Montalvo & Echeburúa (2006), se analizaron los trastornos de personalidad asociados al juego patológico. Para ello se contó con una muestra de 50 jugadores, que cumplieron el MCMI-II antes del tratamiento, y de 50 sujetos de la población normal con las mismas características demográficas. El 40% de la muestra clínica presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. El trastorno de mayor prevalencia fue el *trastorno narcisista* (32%), seguido del *trastorno antisocial* y del *trastorno pasivo-agresivo* (16% cada uno de ellos). Los jugadores con trastornos de personalidad presentaban una media de 2,2 trastornos y mostraban una alta Impulsividad.

Asimismo, manifestaban niveles moderados de ansiedad y mayor consumo de alcohol e inadaptación a la vida cotidiana que la población normal (Fernández et al., 2006).

Morán (1979) propuso una tipología basada en cinco grupos: juego patológico asociado a un trastorno psicológico primario, jugador psicopático; jugador neurótico, jugador impulsivo y jugador subcultural. Este autor como algunos otros (Glen, 1985; Lowenfeld, 1979; González et al., 1990; Moreno, Saiz, López-Ibor, & Sánchez, 1995) resuelve a partir de la tipología el problema de la causalidad, al diferenciar tipos de jugadores según la presencia de determinados rasgos, por lo que la depresión y/o ansiedad mantendrían distintas funciones, dependiendo de cada grupo.

Morán (1979) a partir de sus estudios estableció que uno de cada diez jugadores estaría asociado a un trastorno psicológico primario mientras que una tercera parte juegan como respuesta a una situación o problema emocional, como puede ser una alta situación de estrés o un bajo estado de ánimo.

Estos datos son discutibles, pero reflejan acertadamente una de las direcciones en la causalidad, como es que el juego constituye una estrategia de evitación de la ansiedad o de la emoción depresiva, entendiendo ambas como síntomas o trastornos. Aun así, las tipologías no siempre determinan la dirección de la causalidad, porque aunque McCormick, Russo, Ramírez, & Taber en 1984 hipotetizaron, al igual que Morán, la existencia de un subtipo donde la depresión a menudo precedía al juego. Las consecuencias adversas del juego ejercen una influencia en la etiología de los episodios depresivos y de ansiedad (Roy, Custer, Lorenz, & Linnoila, 1988), por lo que dichos estados emocionales negativos serían factores secundarios y, por tanto, dependientes de la conducta de juego (Báez, Echeburúa, & Fernández-Montalvo, 1994).

Según González et al. (1990), en el caso de los episodios depresivos, éstos se clasificarían como trastornos adaptativos de tipo depresivo. Así pues, los problemas que acarrea el juego influyen en el estado emocional de la persona que realiza estas conductas, pudiendo producir problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima, descontrol, sentimientos de inutilidad y de culpabilidad (Becoña, 1993), por lo que según McCormick & Taber (1988) a medida que el problema se hace crónico, las distorsiones perceptivas y las atribuciones de responsabilidad favorecen una interpretación de la realidad que deviene en un problema emocional del sujeto y, por tanto, mantendría el trastorno.

Báez, Echeburúa & Fernández-Montalvo (1994), realizaron una investigación sobre el estado del juego patológico en la década del 90. El objetivo principal de la investigación

fue encontrar un tratamiento adecuado para este trastorno. El estudio reveló que dichos pacientes tienden a ser ansiosos, depresivos, impulsivos, con creencias irracionales y están implicados en problemas de abuso de alcohol.

Se logró describir los instrumentos de evaluación para la Ludopatía con población española, y se determinó como tratamiento de elección, el control de respuestas y exposición en vivo, seguido de intervención cognitivo conductual para la prevención de recaídas (Báez et al., 1994).

Echeburúa (2005), destaca los retos del futuro en el tratamiento de la Ludopatía, y resalta el hecho de que los instrumentos de evaluación del juego patológico actualmente disponibles, específicos (auto-informes, como el SOGS, o entrevistas clínicas, como el NODS) o más generales, son todavía muy limitados.

Los estudios sobre terapia del juego patológico demuestran que este cuadro clínico responde bien a los tratamientos ofertados, con unas tasas de éxito entre el 50% y el 80% de los casos tratados en un seguimiento a largo plazo (Echeburúa, 2005).

Concretamente, la terapia de mayor elección suele ser el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta, seguida por una intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas (Echeburúa, 2005).

Los resultados obtenidos a través del MMPI se corroboran también con el 16PF, prueba utilizada, entre otros por Bombín (1992), que concilia ambas posturas al encontrar que los jugadores, desde el punto de vista de la personalidad, tienden a sufrir ansiedad y desajustes emocionales que, dependiendo de los casos, pueden preceder al juego o manifestarse por las consecuencias del mismo, convirtiéndose así en los principales elementos mantenedores del propio juego.

La terapia psicofarmacológica puede ser complementaria para pacientes con un estado de ánimo deprimido, o elevado nivel de Impulsividad. El juego controlado puede ser una alternativa terapéutica para los jugadores jóvenes o que no presentan aún dependencia severa. Se requiere aún más información sobre las mujeres jugadoras y sobre los programas terapéuticos más específicos para ellas (Echeburúa, 2005).

Existen diversas investigaciones que consideran la relación entre Impulsividad y Ludopatía, sin embargo, el papel de la Depresión no se encuentra del todo estudiado. Haro, Castellano, Pérez-Gálvez, Rodríguez, Cervera & Valderrama (2004), realizaron una revisión histórica de la Impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y patológica, mientras que Andreu Rodríguez, Peña Fernández & Penado Abilleira (2012), realizaron un análisis de la Impulsividad en diferentes grupos de adolescentes agresivos.

Corbi Gran & Pérez Nieto (2011), estudiaron la relación entre Impulsividad y ansiedad en adolescentes.

Por su parte, Alonso Patiño Villada (2006), realizó su tesis de maestría investigando la Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia, Colombia.

Cabrera Pérez & Jiménez Llanos (1999), realizaron un estudio comparativo entre la Depresión y el rendimiento académico en niños.

Asimismo, Villoria López (1998), describió la ansiedad y la Depresión en relación al juego patológico, y Moreno Oliver, Saiz Ruiz & López-Ibor Aliño (2000), brindaron una conferencia sobre los aspectos clínicos y evolutivos de la Ludopatía en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría.

2.2. La Impulsividad

El concepto de Impulsividad, ampliamente utilizado en la literatura psicológica, tiene diversas acepciones que no siempre son explicitadas por los autores que utilizan el término, por lo que pueden surgir conclusiones contradictorias entre trabajos de diferentes líneas teóricas, por estar utilizando concepciones distintas de la Impulsividad (Whiteside&Lynam, 2001). Por lo tanto la dificultad de asociarla a un dominio de la personalidad particular, llevó a que la misma fuera tratada como un factor independiente(Whiteside& Lynam).

El constructo Impulsividad resulta de gran importancia (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz&Swann, 2001), y un alto número de investigaciones han estudiado su relación con otras variables. Asimismo, existen estudios que se mostraron limitados, ya que existe poco consenso en torno a su definición (Leshem&Glicksohn, 2007). Es por esto que, las diversas definiciones han tomado en cuenta aspectos como la búsqueda de sensación, asunción de riesgos, búsqueda de novedad, audacia, susceptibilidad al aburrimiento y falta de fiabilidad (Depue& Collins, 1999).

Para Eysenck & Eysenck (1977), la Impulsividad es un concepto complejo compuesto por cuatro factores diferentes: la Impulsividad en sentido estricto o propiamente dicha, la Toma de Riesgos, la Capacidad de Improvisación sin planificar y la Vitalidad. Dichos autores definen la Impulsividad como el actuar rápido e irreflexivo, atento a las ganancias presentes, sin atender las consecuencias a mediano y largo plazo.

Coles (1997) describió la Impulsividad como una dimensión compuesta por múltiples aspectos, que incluían un impulso, la expresión conductual del impulso y la situación en que ambas confluían.

Barratt, Stanford, Kent&Felthous(1997), definen la Impulsividad como una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y/o externos, a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas, tanto para la persona como para terceros.

La Impulsividad es considerada como una tendencia psico-biológica que predispone a un espectro de comportamientos más que a una acción en particular(Moeller et. al., 2001 citados en Squillace, Picón Janeiro & Schmidt, 2011).

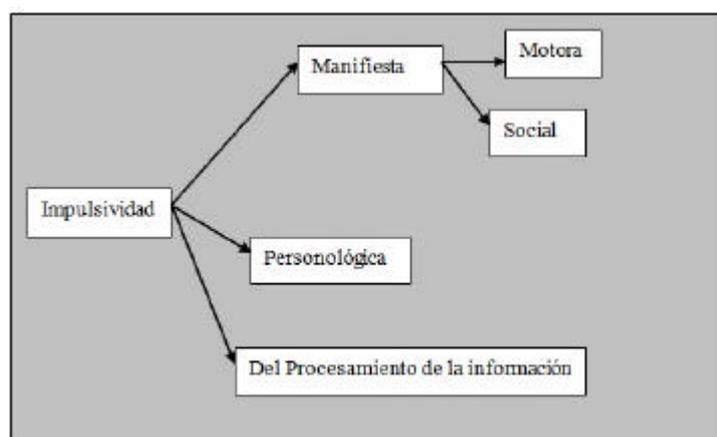


Figura 1: Clasificación de la Impulsividad.

Fuente: Scáandar, M. G. (2000). La impulsividad cognitiva en la clínica neuropsicológica.

Eysenck & Eysenck (1977), consideran que la extraversión se caracteriza tanto por la sociabilidad como por la Impulsividad.

Revelle (1987), considera que los sujetos poco impulsivos alcanzan el máximo nivel de arousal por la mañana, al contrario que los sujetos impulsivos que alcanzan su mayor nivel por la tarde.

Por su parte Barratt (1965), define la Impulsividad como una dimensión de la personalidad de primer orden, relacionada con la extroversión, con la búsqueda de sensaciones y con la hipomanía. En general, los estudios realizados sobre la Impulsividad destacan las consecuencias negativas para el individuo, pero Dickman (1990), señala que en ocasiones los sujetos impulsivos rinden mejor que los no impulsivos, y definió la Impulsividad como la tendencia a deliberar menos que la mayoría de la gente con iguales capacidades antes de realizar una acción.

Debido a esta amplia variedad de maneras de abordar la Impulsividad, algunos autores han establecido categorías a partir de las definiciones que se utilicen, lo que facilitaría el objeto de estudio. Servera & Galán (2001), afirman que se podría distinguir entre:

- **Impulsividad Manifiesta:** caracterizada por la poca tolerancia a demorar la recepción de reforzadores, y por la imposibilidad de la previsión de las consecuencias de los actos.
- **Impulsividad Personológica:** un patrón general de conducta consecuencia del estilo cognitivo del sujeto y de componentes biológicos.
- **Impulsividad de Procesamiento de la Información:** también denominada cognitiva, se encuentra circunscrita al área del aprendizaje, al afrontamiento y la resolución de problemas (Servera & Galán, 2001).

Según Servera & Galán (2001), estas tres formas de concebir la Impulsividad comparten la precipitación y la falta de consideración de las consecuencias. Asimismo, la diferencia entre la Impulsividad Cognitiva y la Manifiesta consiste en que, la primera no siempre posee relación con una acción motora, y la discrepancia con la Impulsividad Personológica radica en que la Impulsividad Cognitiva se relaciona con aspectos de maduración biológica, presentando mayor relevancia entre los 6 y 12 años de edad. A pesar de ello, este tipo de Impulsividad no influirá siempre en el funcionamiento social del sujeto (Loyola Álvarez, 2011).

2.3. Teorías de la Impulsividad

2.3.1. Teoría de Eysenck

Uno de los principales exponentes en el estudio de la impulsividad en el marco de los modelos de personalidad fueron Eysenck & Eysenck (1964), quienes sustentaron su teoría de la personalidad en factores biológicos. Eysenck & Eysenck (1985), estudiaron la Impulsividad desde su teoría sobre la extraversión, proponiendo dos teorías sobre la extraversión:

- La primera sostiene que las personas con puntuaciones altas en Neuroticismo pueden ser sistémicos o histérico-psicopáticos, de acuerdo a la facilidad con que obtienen reflejos condicionados durante el proceso de desarrollo social. Además, si el sujeto es introvertido, presenta predisposición hacia la distimia, debido a que su conciencia es sobre desarrollada. Por su parte, si es extravertido, está predispuesto a la histeria, debido a su conciencia infra desarrollada. Por otro

lado, las diferencias en condicionalidad muestran divergencias en la balanza excitación-inhibición (Eysenck, 1957). Este concepto es unidimensional, debido a que las personas que generan potenciales excitatorios poseen dificultad para generar potenciales inhibitorios, y viceversa (Eysenck, 1957).

- La segunda teoría diferencia distimia y psicopatía, en lugar de histeria. Las personas con alto neuroticismo e introvertidas, presentarían predisposición hacia la distimia, y los sujetos con elevado neuroticismo y extravertidas presentarían predisposición hacia los comportamientos antisociales. Las diferencias en condicionalidad se encuentran determinadas por los niveles de arousal asociados al Sistema Activador Reticular Ascendente, S.A.R.A (Eysenck, 1967). Según esta teoría, los extravertidos se caracterizan por una mayor inhibición cortical, debido a la baja activación del S.A.R.A, mientras que los sujetos introvertidos se caracterizan por una excitación cortical elevada debido a la mayor activación del S.A.R.A.

Dickman (1993), afirma que la Impulsividad, en los sujetos extravertidos, explicaría la relación entre la extraversión y el funcionamiento cognitivo. Según Eysenck (1977) la diferencia entre los introvertidos y los extravertidos consiste en que los primeros son poco impulsivos y poseen mayores niveles de arousal que los extravertidos, que son más impulsivos. En consecuencia, los impulsivos y los no impulsivos mostrarán diferencias en los procesos cognitivos que estén influidos por el arousal, y rendirán de manera diferente en tareas en las que éste último esté implicado. Eysenck incorpora la impulsividad a las dimensiones de la personalidad (Eysenck & Eysenck, 1977), pero reconoce que los niveles altos de esta dimensión se asocian a trastornos psiquiátricos.

2.3.2. Teoría de Revelle

Revelle (1987), señaló que las personas con elevada o baja Impulsividad no difieren en el nivel crónico de arousal, pero sí en sus ritmos circadianos respecto del arousal (Revelle, Humphreys, Simon & Guillemand, 1980). Este autor establece que las personas poco impulsivas alcanzaban el máximo nivel de arousal una hora más temprana del día que las personas muy impulsivas, por lo que por la mañana presentan un mayor nivel de arousal que los individuos impulsivos, y por la tarde un menor nivel.

Revelle (1987), encontró evidencia empírica de que si el nivel de arousal de los

dos grupos de impulsividad es contrario por la mañana y por la tarde, los aumentos del arousal repercutirán distinto en ambos momentos del día. El incremento de arousal por la mañana perjudicaba el rendimiento de los individuos poco impulsivos y favorecía el rendimiento de las personas impulsivas. El hecho de incrementarse el arousal por la tarde, mostraba resultados opuestos en los dos grupos a los obtenidos por la mañana (Revelle et al., 1980).

Cabe destacar que la relación entre Impulsividad y rendimiento debía ser considerada desde múltiples perspectivas (Revelle, 1987). El hecho de que los individuos impulsivos se desarrollen mejor en situaciones con límite temporal estricto, facilita que este tipo de sujetos se involucren en situaciones que requieren niveles altos de arousal, adoptando estilos de vida enfocados en la recompensa, sin tener en cuenta las consecuencias negativas futuras. También, algunas variables de personalidad y de capacidad pueden interferir en la relación entre Impulsividad y rendimiento, sobre todo en el nivel de ansiedad y la inteligencia, los cuales moderarían el ritmo rápido y la sensibilidad a la recompensa de estos sujetos. Por lo que, los individuos impulsivos con menor capacidad y menor ansiedad presentarían más problemas conductuales que los individuos impulsivos más inteligentes y ansiosos (Revelle, 1987).

2.3.3. Teoría de Gray

En su libro “Psicología del miedo y el estrés” (1987), Gray propone una teoría alternativa para explicar las diferencias individuales entre extrovertidos e introvertidos, que implica incluir nuevamente a la Impulsividad como una característica propia de la Extroversión (Brebner, 2000; Gray, 1987).

A partir de las investigaciones con modelos animales y humanos, Gray postula una serie de mecanismos adaptativos basados en la sensibilidad al castigo y a la recompensa. Los dos sistemas descritos por este autor se relacionarían con diferencias observables en el comportamiento. Uno de ellos es el Sistema de Inhibición Conductual (SIC), que corresponde a la sensibilidad individual para responder ante señales condicionadas de castigo, de no recompensa, estímulos novedosos y estímulos innatos de miedo. Al ser activado este sistema pasade un estado comprobador a un estado control provocando, así, respuestas de inhibición de la conducta (evitación pasiva), aumento de la activación y de la atención. Este sistema es afectado selectivamente por los ansiolíticos, y correspondería a la actividad de estructuras como el septum, hipocampo, hipotálamo y sistemas relacionados (Cherbuin, Windsor, Anstey, Maller, Tranquillón & Sachdev, 2008).

El Sistema de Activación Conductual (SAC), se activa ante estímulos condicionados de recompensa y señales de seguridad, e interviene en los aprendizajes de recompensa y evitación activa. Correspondería al funcionamiento de sistemas dopaminérgicos, vías ascendentes al estriado dorsal y ventral, etc. (Canli, 2006; Gray & McNaughton, 2003). El funcionamiento de estos sistemas depende de la interacción de factores genéticos e influencias ambientales (Canli, 2006; Valdés & De Flores, 1985) y pueden ser más o menos activos en cada sujeto generando diferencias individuales, con cierta estabilidad, que pueden ser predecibles (Gray, 1987). Por ejemplo, las personas con alta sensibilidad al castigo expuestas a señales condicionadas aversivas o a la falta de reforzamiento (estímulos frustrantes), reaccionarán mediante inhibición conductual o evitación pasiva (detención de sus patrones consumatorios o conductas de aproximación) con mayor probabilidad que aquellos menos sensibles al castigo expuestos ante las mismas señales.

La mayor sensibilidad a las señales de castigo explicaría el comportamiento de las personas introvertidas descritas por Eysenck (Brebner, 2000; Gray, 1987). A su vez la mayor sensibilidad a las señales de recompensa explicaría el comportamiento de las personas extrovertidas (Baskin Sommers, Wallace, MacCoon, Curtin, & Newman, 2010; Canli, 2006; Gray, et al., 2003; Matthews, & Gilliland, 1999; Smillie, Dalgleish, & Jackson, 2007). Investigaciones en los últimos años (Caseras, Avila, & Torrubia, 2003; Miettunen, Kantojärvi, Veijola & Marjo-Riitta, 2006) han puesto de manifiesto un gran apoyo empírico para estos dos factores en la constitución de la personalidad: diferencias en la sensibilidad al castigo y la sensibilidad a la recompensa dan cuenta de diferencias individuales entre las personas. La Impulsividad según esta descripción emerge del funcionamiento del SAC, que se relaciona con las características de la extroversión.

Por otra parte, según este autor el Neuroticismo no sería producto del funcionamiento de un sistema particular, sino una consecuencia de la reactividad general del sistema nervioso. Por lo tanto, a mayor reactividad del organismo (mayor Neuroticismo) mayor es la sensibilidad de funcionamiento del SIC y el SAC (Gray, 1987; Jackson, 2002).

Por lo tanto la Impulsividad, si bien está primariamente relacionada con el factor Extroversión, se potencia a partir de la reactividad general del sistema nervioso, que proveerían las diferencias en Neuroticismo. El concepto de impulsividad aquí no se relaciona tanto con un actuar irreflexivo sino, con una motivación dirigida por la sensibilidad a las señales de recompensa o alivio. La Impulsividad es entendida como una tendencia, en sujetos con mayor actividad del SAC, a los comportamientos de

aproximación conductual desencadenada ante señales discriminativas de refuerzo tanto positivo como negativo (Gray 1987; Matthews et al., 1999; Wallace, Malterer & Newman, 2009).

De esta manera, puede observarse que la Impulsividad descrita por Gray es distinta a la atribuida por Eysenck al Psicoticismo. Para Gray el actuar poco cauteloso se debe a la interacción entre el Neuroticismo y la Extroversión, mientras que para Eysenck depende este rasgo del Psicoticismo (Eysenck, 1987; Gray et al., 2003; Russo, Leona, Lauriola & Lucidi, 2008).

Gray (1981), propuso un modelo teórico de personalidad alternativo a partir de la rotación de los ejes de personalidad, diferenciando entre dos dimensiones: ansiedad e Impulsividad. La primera sería una variable continua que iría desde el extravertido estable hasta el introvertido neurótico. El eje de Impulsividad supondría una susceptibilidad elevada a los estímulos positivos y sería una variable continua que comprendería desde el introvertido estable hasta el extravertido neurótico. Respecto al primer eje, elevados niveles en la dimensión de ansiedad implicarían una elevada susceptibilidad al castigo, a la ausencia de recompensa y a la novedad, y dependería del sistema fisiológico, que Gray denominó Sistema de Inhibición Conductual (Gray, 1987).

Este modelo prioriza la Impulsividad en lugar de la extraversión, puntualizando que el comportamiento impulsivo del psicópata se explicaría por un BIS débil (psicópata primario) y por una sobreactivación del BAS (psicópata secundario). En el primer caso, los bajos niveles de ansiedad y temor y la respuesta de evitación pasiva pobre cuando se encuentran expuestos al castigo, facilitarían la aparición de conductas de riesgo. Estas personas se caracterizan por niveles bajos en neuroticismo y su Impulsividad se vincularía con la tendencia a actuar sin pensar (Gray, 1987).

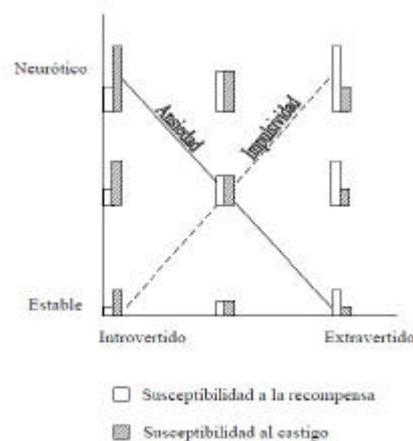


Figura 2: Representación de los ejes de Impulsividad y Ansiedad de Gray (1970).

Fuente: Morales Vives, F. (2007). El efecto de la Impulsividad sobre la Agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los Adolescentes. Disertación doctoral no publicada, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España.

2.3.4. Teoría de Barratt

Esta teoría define la Impulsividad como una dimensión de la personalidad de primer orden, la cual se relaciona con la dimensión extroversión, con la búsqueda de sensaciones y con la hipomanía (Barratt & Patton, 1983).

En 2001, Moller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, describieron la Impulsividad como la incapacidad para considerar las consecuencias a largo plazo, y el detrimento de la sensibilidad para las consecuencias negativas, con reacciones rápidas e imprevistas hacia los estímulos antes de completar el procesamiento de la información. Esto identificaría a la impulsividad como la elección entre alternativas de respuesta concurrentemente disponibles, que producen inmediatez, pero con un menor reforzamiento, el sujeto elige una opción que produce reforzadores pequeños inmediatos en lugar de los que producen reforzadores grandes pero demorados (Moller et. al., 2001). Mientras que su inverso es el autocontrol, el cual es definido como la elección de la respuesta que produce una mayor ganancia a largo plazo (Neef, Bicaud & Endo, 2001).

La impulsividad en general está relacionada con diversos problemas mentales en la niñez y la adolescencia, igualmente se encuentra asociada con una amplia gama de situaciones entre las que se encuentran los trastornos disociales, agresividad, déficit de atención, hiperactividad, dificultades de aprendizaje, rendimiento escolar, juego

patológico, abuso de sustancias, estrés postraumático, ansiedad, depresión, y diversos trastornos de la personalidad (Stanford & Barratt, 1992).

Por su parte, las diferencias individuales en Impulsividad, se vinculan con las diferencias en las tareas que precisan mantener un tiempo o frecuencia. Las personas con altos niveles de Impulsividad poseen dificultades mayores para mantener una frecuencia determinada, resultando menos eficientes en las tareas que dependan de ésta característica, como las tareas de tiempo de reacción y las que requieren respuestas rítmicas (Barratt & Patton, 1983).

De acuerdo a Barratt & Patton (1983), existen diferencias individuales en el tiempo que requieren los procesos cognitivos y conductuales en la Impulsividad. El nivel de arousal se relaciona con la Impulsividad, y las personas orientadas a la acción poseen un reloj interno más veloz que el de las personas no impulsivas, respondiendo así más rápidamente en determinadas situaciones. Los individuos impulsivos se caracterizarían entonces, por sobreestimar la cantidad de tiempo transcurrido. En consecuencia, el tiempo de ejecución se encontraría afectado, ya que en el caso de que se solicitara a una persona que realizara una acción, una vez finalizado el lapso de tiempo, el individuo sobreestimaría el tiempo transcurrido y actuaría antes de lo debido (Barratt & Patton).

De acuerdo a los resultados obtenidos en algunos estudios, se han encontrado diferencias en la capacidad de ofrecer respuestas motoras breves entre los sujetos con altas puntuaciones y los individuos con bajas puntuaciones en Impulsividad: los sujetos impulsivos rinden peor en tareas que requieren respuestas motoras rítmicas durante un período de tiempo (Amelang & Briet, 1983).

Entre los auto informes más utilizados y antiguos que valoran impulsividad, se encuentra el de Barratt (1959). El instrumento inicialmente se construyó para medir la impulsividad como un rasgo unidimensional, pero luego se le añadieron otros factores, convirtiéndolo en la primera medida multidimensional de la impulsividad.

The Barratt Impulsiveness Scale (Barratt, 1959) contenía ítems reescritos, procedentes de subescalas de impulsividad de otros cuestionarios, además de nuevos ítems. Luego, realizó numerosos estudios sobre la relación entre: los ítems, la impulsividad y la ansiedad, y la relación de ambas variables con el rendimiento en tareas de laboratorio. En estos estudios se tomó como punto de partida la idea de que la impulsividad podía estar relacionada con la teoría de la “inhibición oscilatoria” propuesta por Hull (1943), definida por la variabilidad en el rendimiento perceptivo-motor o en tareas de aprendizaje. En estos estudios se comprobó el tipo de relación existente entre el

rendimiento y las variables impulsividad y ansiedad, y se observó que los sujetos con elevadas puntuaciones en ansiedad, mostraban dificultades para planificar previamente en tareas como el Porteus Maze Test, en el que las personas impulsivas presentaban trazos ondulados que sugerían un ligero temblor (Barratt, 1967). Estos estudios dieron lugar a diversas revisiones del instrumento B.I.S. no publicadas, que pretendían lograr un conjunto de ítems ortogonales a la variable ansiedad. Sus siguientes estudios sobre los correlatos cerebrales de la impulsividad y los resultados de nuevas pruebas de laboratorio, dieron lugar a la versión BIS-5, en donde un análisis factorial proporcionó cuatro factores ortogonales: velocidad de respuesta cognitiva, falta de control de los impulsos, búsqueda de sensaciones o extroversión y asunción de riesgo. Posteriormente, se realizaron nuevos estudios considerando también medidas de impulsividad no basadas en auto informes, que posibilitaron nuevas revisiones del test (Barratt, 1972; Barratt & Patton, 1983).

Más adelante, Barratt basándose en el tipo de factores que se habían obtenido en los estudios que mostraban que la impulsividad no era unidimensional, y en los resultados obtenidos en sus propias investigaciones, volvió a revisar el instrumento BIS. Así fue que incluyó los nuevos factores: impulsividad motora, cognitiva y no-planificadora, dando lugar a la versión BIS-10 del instrumento (Barratt, 1972; Barratt & Patton, 1983).

Finalmente, debido a los resultados obtenidos con el instrumento y, especialmente, por el hecho de que la consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach) obtenida en el factor impulsividad cognitiva no era alta, (posiblemente porque los ítems de tipo cognitivo requieren más inferencia al ser respondidos), revisó nuevamente la escala y se desarrolló la versión BIS-11 (Patton, Stanford, & Barratt, 1995).

La revisión de la escala original desarrollada por Barratt para medir impulsividad, el *Barratt Impulsiveness Scale* BIS-11, reveló entonces una estructura factorial de seis dimensiones principales y tres factores secundarios (Patton et al., 1995). Según este estudio, la escala mostró correlaciones significativas con otros instrumentos, como la escala *Búsqueda de sensaciones*, de Zuckerman, donde la relación se produjo específicamente con el subfactor Desinhibición de Zuckerman. A su vez, existieron asociaciones con el Cuestionario de Impulsividad de Eysenck, donde fueron en un primer momento con la dimensión Extraversión, y posteriormente, y como consecuencia de la reformulación de la teoría en cuestión, con la dimensión Psicoticismo, ya que se incluyó a la impulsividad dentro de este rasgo de personalidad (Patton, et al., 1995).

Luego de la revisión de las escalas del BIS-11 se llegó a determinar una estructura factorial de seis componentes principales:

- a) La dimensión 1, Atención: se relaciona con la capacidad del individuo para mantener la concentración durante la realización de tareas;
- b) La dimensión 2, Impulsividad Motora: implica la tendencia a actuar según los estados emocionales del momento;
- c) La dimensión 3, Autocontrol: vinculada con la tendencia del sujeto a planear y pensar cuidadosamente las acciones antes de realizarlas;
- d) La dimensión 4, Complejidad Cognitiva: implica disfrutar de pruebas mentales que resulten desafiantes para el sujeto, como cálculos mentales o acertijos,
- e) La dimensión 5, Perseverancia: consiste en un estilo de vida consistente, con costumbres y hábitos regulares y la
- f) La dimensión 6, Inestabilidad Cognitiva: consta de la tendencia a la distractibilidad de los individuos debido a la interferencia de sensaciones y pensamientos intrusivos (Patton et. al., 1995).

Además determinó una estructura factorial de segundo orden, compuesta por tres factores:

- El factor I, Impulsividad Motora IM: el cual combina las dimensiones 2 (*Motora*) y 5 (*Perseverancia*), determinando una tendencia general a actuar motivado por las emociones del momento.
- El factor II, Impulsividad Atencional IA: combina las dimensiones 1 (*Atención*) y 6 (*Inestabilidad cognitiva*). Ambas relacionadas a un bajo control sobre la intrusión de pensamientos y dificultades para sostener la atención.
- El factor III, Impulsividad por Imprevisión II: este último factor combina las dimensiones 3 (*Autocontrol*) y 4 (*Complejidad cognitiva*). Refiriendo a un estilo de procesamiento de la información apresurado que lleva a tomar decisiones rápidas, espontáneas y con orientadas únicamente al presente (Patton et. al., 1995).

Los subtipos de impulsividad en el grupo de Barratt et. al. (1997) proponen una definición biopsicosocial de la impulsividad que hace consideraciones sobre diversos aspectos (Barratt, Stanford, Kent, & Felthous, 1997). Es definida por estos autores como una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y, o externos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas

tanto para la misma persona como para terceros. La impulsividad es pensada como una tendencia psicobiológica que predispone a un espectro de comportamientos más que a una acción en particular (Moeller et. al., 2001). Esta revisión permitió corroborar la teorización original de Barratt sobre el componente Motor y de Imprevisión de la Impulsividad. Sin embargo, no se encontró evidencia de un factor Cognitivo(atencional) de tal rasgo (Whiteside&Lynam, 2001). Esto podría dar cuenta de que los procesos cognitivos posiblemente subyacen a todas las formas de impulsividad en general y que, por lo tanto, se hace imposible su evaluación independiente (Whiteside&Lynam, 2001).

Esta nueva versión también consta de otros tres factores adicionales:

1. El primero incluye ítems del factor cognitivo y del factor impulsividad motora del instrumento BIS-10, por cual constituye un factor de tipo “ideo-motor”.
2. El segundo factor, denominado “planificación cuidadosa”, implica prestar atención a los detalles,
3. y el tercer factor, denominado “estabilidad en el afrontamiento”, combina la orientación futura con la estabilidad en el afrontamiento de la situaciones de la vida diaria (Barratt, 1994).

Además el análisis de componentes principales de los factores de la escala de impulsividad de Barratt - 11ª versión, sugiere el establecimiento de las tres subdimensiones del rasgo impulsividad:

1. No planificación: que implica "vivir para el momento".
2. Impulsividad motora: se vincula con planteamientos como "actuar sin pensar".
3. Atencional: relacionada con un déficit para fijar la atención o mantener la atención por lapsos prolongados.

Estas subdimensiones se combinan de distintas formas en los trastornos mentales asociados al control de impulsos y con la vida cotidiana del sujeto impulsivo (Barratt, 1994).

Una de las críticas que recibió el cuestionario de E. Barratt fue formulada por Eysenck. Este autor argumentó que el instrumento incluía ítems muy diversos, relacionados con aspectos como la sociabilidad, la despreocupación, la falta de paciencia, imprudencia, la búsqueda de sensaciones, el desagrado por las matemáticas y por el ajedrez, el despiste,

la excitación, la afición por la variedad, entre otros. Razón por la cual, se obtuvo una escala de Impulsividad factorialmente compleja, que sugería en gran medida, el rasgo Extraversión. Además, según Eysenck, la mayoría de estos ítems no corresponderían a la impulsividad en sentido estricto, entendida como la propensión a actuar por impulso, sino que, corresponderían a la impulsividad considerada en un sentido amplio, que implicaría una impulsividad muy general (Eysenck & Eysenck, 1977).

Estudios con potenciales evocados PE (Harmon Jones, Barratt & Wigg, 1997) han relacionado a la IA y a la II con una baja amplitud del P300 en regiones parietales durante tareas comportamentales de oddball. La IM no mostró esta relación. Tanto IA como II, mantienen relaciones inversas con la performance en pruebas de inteligencia y con tareas de precisión y comprensión lectora. La IA y la II se asocian positivamente con la agresión verbal y física, no así con la hostilidad o el enojo. A nivel conductual la IM destaca por la mayor cantidad de errores por comisión en tareas tipo oddball. La estructura factorial original de Barratt, los tres tipos de impulsividad, se corrobora también en población infantil a lo largo de distintas culturas (Chahin, Cosi, Lorenzo Seva & Vigil Colet, 2005).

Barratt estudió además la relación existente entre estos tres tipos de impulsividad y los tipos de impulsividad propuestos por Eysenck, obteniendo que los tres factores de su teoría estaban relacionados con la Impulsividad Estricta, pero no con el Atrevimiento (Barratt, 1985).

Incluso, la comparación de los resultados obtenidos mediante el instrumento BIS-10 de Barratt y el instrumento I5 de Eysenck & Eysenck (1977), concluyó con la relación entre sus tres tipos de impulsividad y los evaluados por el I5: la Impulsividad Cognitiva era similar a la dimensión Vivacidad del cuestionario I5 y la Impulsividad no-planificadora era similar al factor del I5 que comparte el mismo nombre, mientras que el factor Asunción de riesgo del I5 estaba más relacionado con la búsqueda de sensaciones y con la sociabilidad que con la impulsividad (Chahin et. al., 2005).

En otro estudio realizado con una muestra española (utilizando las versiones españolas de los dos instrumentos), se obtuvo que tanto la escala Atrevimiento como la escala Impulsividad estricta correlacionaban significativamente con la Impulsividad no-planificadora, la Impulsividad Motora y la Impulsividad Cognitiva. Aunque en los resultados obtenidos en este mismo estudio, pero con otra muestra, no se obtuvo una correlación significativa entre la Impulsividad Cognitiva y Atrevimiento. Como en las dos muestras la mayor correlación que presentó la Impulsividad Estricta fue con la

escala Impulsividad Motora (aunque el resto de correlaciones también eran elevadas), los autores concluyeron que la Impulsividad Estricta medía principalmente Impulsividad Motora. Respecto a la escala Atrevimiento, correlacionaba de manera más elevada con la escala Impulsividad no-planificadora que con las otras dos escalas, por lo que los autores dedujeron que la escala Atrevimiento medía principalmente Impulsividad no-planificadora (Luengo, Carrillo delaPeña & Otero, 1991).

En el año 1997, Barratt et al., realizaron un estudio en población carcelaria con el objetivo de evaluar el efecto de medicamentos anticonvulsivos como fenitoína sódica (Barratt et al., 1997). Los autores observaron que existían importantes diferencias en el tipo de actos realizados por participantes que respondían al tratamiento con medicamentos y aquellos que no. Los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los individuos impulsivos agresivos acerca de la naturaleza de sus actos, demostraron que los actos impulsivos parecen transcurrir sin "veto" conciente; una característica que era modificada por la medicación suministrada (Barratt et al., 1997).

Los sujetos impulsivos agresivos medicados explicaron que con el tratamiento, aunque continuaban sintiendo la necesidad de actuar impulsiva y agresivamente, ya no lo hacían. De hecho, estudios sobre el efecto de los anticonvulsivos, demuestran que éstos llevan a una reducción de los actos agresivos en personas que padecen trastornos de personalidad (Barratt, 1993; Barratt et al., 1997).

Si bien, los actos impulsivos son en esencia no concientes con respecto a la acción, esto no implica que sucedan en un organismo totalmente inconsciente. Es común la expresión "actué sin pensar", luego de cometer un acto de este tipo. Incluso, la toma de conciencia tardía del acto va acompañada, por un sentimiento que no siempre es congruente con la utilidad que deriva de la ejecución de la acción, lo cual sugiere cierto grado de disfunción, primero en la integración total del comportamiento a la conciencia y segundo, en la dinámica temporal de dicha asociación (Barratt & Stanford, 1995).

Barratt además indagó acerca de la relación entre agresividad e impulsividad, dando lugar al modelo de la agresividad impulsiva. Si bien fueron diversos los modelos que han abordado las relaciones entre impulsividad y agresividad, el propuesto por Barratt resulta de los más interesantes (Barratt, 1997). En dicho modelo, se propone que ciertos estímulos desencadenan sentimientos de ira que pueden llegar a generar conductas agresivas. En muchas ocasiones los procesos de socialización tienen como consecuencia que la conducta agresiva es inhibida. No obstante, una de las principales características de la impulsividad es precisamente que suele estar asociada a déficits en los mecanismos inhibitorios de la conducta, lo cual implicaría que los individuos con

niveles elevados de impulsividad presentan dificultades a la hora de inhibir los comportamientos agresivos ante dichos sentimientos de ira (Barratt et al., 1997).

Tradicionalmente se ha relacionado la impulsividad con la agresividad impulsiva, principalmente porque la impulsividad puede favorecer que la persona reaccione de manera agresiva, especialmente con ira (Barratt et al., 1997).

Diversos autores consideran también que la impulsividad es el mejor predictor del trastorno antisocial y de la conducta delincuente en el adulto (Knorrning & Ekselius, 1998; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994). De hecho, en un estudio longitudinal realizado por Klinteberg, Andersson, Magnusson & Stattin (1993), se encontró que la impulsividad era un predictor directo de la delincuencia con violencia en una cohorte de hombres de 13 a 26 años. Además, hay estudios como el de Marsh, Dougherty, Mathias, Moeller & Hicks (2002) que indican que existen correlaciones significativas entre los cuestionarios que miden impulsividad y los que miden agresividad. En el estudio de Marsh et al. (2002) se utilizó una muestra constituida únicamente por mujeres y se obtuvieron correlaciones significativas entre las escalas de agresividad del cuestionario AQ (Buss & Perry, 1992) y las siguientes medidas de impulsividad: la escala impulsividad del cuestionario I7 (Eysenck, Pearson, Easting, & Allsopp, 1985) y las escalas impulsividad cognitiva e impulsividad motora del cuestionario BIS-11 (Patton, Stanford & Barratt, 1995).

La escala impulsividad por no planificación del BIS-11 correlacionó significativamente con las escalas hostilidad e ira y con las puntuaciones totales del AQ, pero no con agresividad física ni ira (Patton et al., 1995).

Barratt (1993), postula que Impulsividad es un rasgo de personalidad complejo relacionado con una tendencia a realizar acciones motoras rápidas, no planeadas y con frecuencia ineficientes o incorrectas. Como extensión de ésta definición, Moeller et al. (2001), considera que la impulsividad se caracteriza por una predisposición hacia la ejecución de reacciones rápidas, no planeadas, hacia estímulos internos o externos, sin ninguna consideración sobre las consecuencias negativas que la acción pueda generar, tanto para el propio individuo impulsivo, como para los demás.

El rasgo Impulsividad también se relaciona con un aumento en el número de errores de comisión o falsas alarmas en pruebas perceptuales motoras. Las falsas alarmas son definidas como respuestas a estímulos distractores: la persona ejecuta una respuesta a un estímulo similar al de la señal blanco o a un estímulo no mandatorio de respuesta alguna. Es decir, los individuos impulsivos presentan una mayor tendencia a responder cuando no deben hacerlo. Este patrón mal adaptativo e ineficiente se acentúa con

incrementos en los niveles de información de la prueba, incrementos en las demandas de tiempo para responder y en los niveles de atención sostenida necesaria para realizar la prueba (Moeller et al., 2001). Estudios realizados por O'Doherty, Deichmann, Critchley & Dolan (2002) utilizando una versión modificada de una prueba de desempeño continua (del inglés, Continued Performance Task o CPT) no sólo confirman los hallazgos anteriores sino que ha sido propuesta como una medida de estado de impulsividad versus una medida del rasgo de impulsividad. Estudios extensivos a poblaciones con trastornos mentales relacionados con el control de los impulsos como trastorno bipolar y abuso de sustancias (alcoholismo) también han demostrado una relación importante entre los niveles de impulsividad determinados por la escala de impulsividad de Barratt y las falsas alarmas (O'Doherty, Winston, Critchley, Perrett, Burt & Dolan, 2003).

Diferentes disciplinas desarrollaron múltiples maneras de medir impulsividad y otros rasgos de personalidad. El enfoque psicométrico, el uso de cuestionarios de autoevaluación y su estricto análisis estadístico, incluido el análisis de componentes principales para extraer dimensiones particulares de los constructos medidos, ha sido determinante en la manera en la que hoy definimos y comprendemos la personalidad. Las medidas psicométricas más utilizadas para medir impulsividad son, la ya mencionada Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale; Barratt, 1959), el Inventario de Impulsividad de Dickman (Dickman's impulsivity inventory - DII) y la subescala de impulsividad del Inventario de la Personalidad de Eysenck I7 (Eysenck Personality Inventory; Eysenck, 1967).

Sin embargo, el carácter introspectivo y la subjetividad inherente al juicio que la persona hace de su propia condición, hicieron que este enfoque sea cuestionable al traer la personalidad a un escenario más natural y menos analítico. Barratt (1993), sostiene que las mediciones basadas en el método psicométrico tienen un valor fundamental en la medición e interpretación de los rasgos de personalidad como impulsividad, pero éstas no son las únicas que deberían considerarse al momento de estudiarlas de modo experimental (Barratt, 1993). Este autor afirma además, que a pesar de ser posible estudiar la dimensión cognoscitiva en el marco de una investigación sobre la personalidad sin hacer uso de reportes introspectivos o datos subjetivos, descartar estas técnicas lleva a una comprensión menos útil de las diferencias individuales en el estudio de la personalidad (Barratt 1985).

La correlación de las diferentes formas de medidas de impulsividad en un perfil predictivo de la personalidad y del comportamiento, exige que su integración se realice al interior de un modelo disciplinario neutro. La necesidad de un modelo integral de la personalidad no es novedosa en las ciencias de la conducta, se encuentran los modelos de Eysenck & Eysenck (1977) y Cloninger et al. (1991), entre otros. También Barratt et. al. (1983), desarrollaron un modelo de sistemas de la personalidad a partir de sus necesidades y basándose en los planteamientos expuestos por Lazare (1973), acerca de los modelos conceptuales ocultos en el ejercicio de la psiquiatría y los planteamientos de Ashby (1960) sobre la cibernética (Barratt, 1985, 1993).

No es sencillo encontrar en qué radica la diferencia real en términos de control del comportamiento, entre actos impulsivos y los actos premeditados o conscientes, pero, una alternativa parece encontrarse en el estudio comparativo entre el acto premeditado y el acto impulsivo, en el marco de un modelo disciplinario neutro que permita integrar medidas experimentales de distinta naturaleza, con fines predictivos (cognoscitiva, ambientales-sociales, biológicas y comportamentales). Tal modelo fue adaptado por Barratt (1991), y ofrece una forma alternativa para entender esta clase de fenómenos (Orozco-Cabal, Barratt&Bucello, 2007).

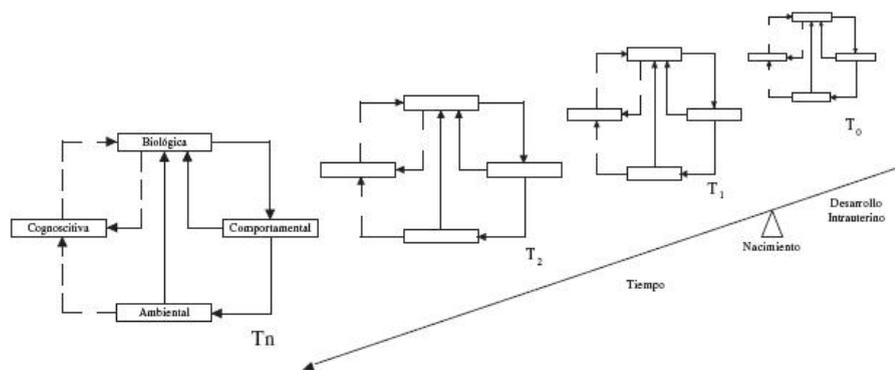


Figura 1. Modelo general del sistema de personalidad. Cada recuadro es un corte transversal en la historia vital del individuo y representa de manera esquemática la interrelación entre las cuatro dimensiones necesarias para definir a una persona. La sucesión de recuadros en el tiempo representa la variabilidad de la contribución de cada dimensión a la construcción y definición de la personalidad. El modelo permite la integración necesaria de múltiples medidas experimentales para lograr una correcta identificación y definición de la impulsividad (Adaptado de Barratt, 1991).

El modelo general de sistemas de la personalidad, es un modelo cerrado de retroalimentación negativa que cobija cuatro componentes: componente

Biológico(sistema neuroendocrino y sistema nervioso en general), la Cognición, el Comportamiento y el Ambiente (OrozcoCabal et al., 2007).

Desde el punto de vista estructural, el modelo ofrece un andamiaje multidisciplinario neutro, que permite la clasificación de diversas medidas relacionadas con impulsividad. Adicionalmente, permite la inclusión de otros subsistemas particulares a cada categoría (Orozco-Cabal et al., 2007). Por ejemplo, en la categoría biológica es posible incluir algunos de los modelos conceptuales del sistema nervioso desarrollados, entre otros, por Gray (1987), y Newman (1987). Desde el punto de vista funcional, éste permite la integración de medidas, su complementación y la generación de perfiles multicategoriales para definir los rasgos de la personalidad (Orozco-Cabal et al., 2007). Por su parte existen importantes hallazgos relacionados con la dimensión motora de la impulsividad (una de las dimensiones del rasgo "impulsividad" extraída del análisis de componentes principales de la Escala de Impulsividad de Barratt), clasificándolos en cada una de las cuatro dimensiones que forman el modelo general de sistemas de la personalidad:

1. En el aspecto *ambiental*, teniendo en cuenta la cotidianeidad de la vida de los sujetos, la Impulsividad no es el único rasgo de personalidad relacionado con el comportamiento de las personas. La relación entre acción y rasgos de la personalidad es más compleja que eso. Por ejemplo, ansiedad e impulsividad son rasgos de personalidad ortogonales, que interactúan en la vida cotidiana determinando modos de ser distintos (Barratt, 1959, 1967). Un estudio prospectivo realizado por Barratt & White (1969) en estudiantes de Medicina demostró que individuos con altos puntajes de impulsividad y ansiedad en las pruebas psicométricas tendían a buscar ayuda psiquiátrica con mayor frecuencia en un período de tres años y presentaban síntomas psiquiátricos de mayor severidad, comparados con otros grupos en el estudio (poco impulsivos, altamente ansiosos; impulsivos, poco ansiosos; poco impulsivos y poco ansiosos). Los individuos impulsivos y poco ansiosos en cambio eran caracterizados por las personas cercanas, como problemáticos, y además presentaban bajos niveles de socialización, similar a lo observado en los individuos con tendencias psicopáticas. En este grupo en particular era notoria la falta de puntualidad. Por su parte, aquellos con bajos niveles de impulsividad y ansiosos tendían a ser muy proactivos y diligentes. Sus problemas estaban más relacionados con grados variables de ineficiencia en su actuar por causa de la

ansiedad. El aumento de los niveles de impulsividad motora contribuyen a la generación de un patrón mal adaptativo de comportamiento que disminuye las capacidades del individuo para sobrellevar las exigencias del día a día (Barratt et al., 1994).

2. En cuanto a las *medidas conductuales* el rasgo de personalidad impulsiva tiene una influencia sobre el desempeño y los grados de variabilidad intraindividual en la realización de tareas perceptuales motoras. Por ejemplo, los trazos dibujados por individuos impulsivos comparados con controles en tareas como el laberinto de Porteus (1950) se caracterizan por una gran variabilidad y oscilación en su recorrido (Barratt, 1967). Adicionalmente, en tareas visuales de persecución de objetos con movimiento aleatorio, los movimientos oculares de seguimiento de las personas impulsivas también presentan una mayor variabilidad en la respuesta de seguimiento (Barratt, 1993). En experimentos realizados por uno de los autores (ESB) donde se pedía a las personas que siguieran presionando un botón los pulsos generados por un metrónomo, aquellos individuos con altos niveles de impulsividad no sólo respondían a una mayor frecuencia que aquella marcada por el metrónomo, sino que la variabilidad de los intervalos entre cada pulso de la tecla era mayor (Barratt, Patton, Olsson & Zucker, 1981). Lo anterior sugiere que la impulsividad parece estar relacionada con un menor grado de control del comportamiento y estrategias de control de la conducta, menos definidas.
3. Entre los hallazgos de tipo *biológico* relacionados con impulsividad, Barratt & Patton (1983) demostraron que los sujetos impulsivos no presentan CNV cuando se les presentan estímulos visuales sucesivos. Esta deficiencia de formación de variaciones negativas de los campos eléctricos corticales en respuesta a la presentación de estímulos contingentes varía según el contenido y el significado emocional de los estímulos. Esto sugiere una importante interacción entre emoción y la asignación de recursos neuronales que sustenten el procesamiento de información en el sistema nervioso de los individuos impulsivos (Barratt et al., 1983).

En cuanto a la actividad cortical asociada a las etapas de programación motora es importante mencionar recientes hallazgos en personas con altos niveles de impulsividad. Los individuos impulsivos presentan potenciales lateralizados de preparación (del inglés: Lateralized Readiness Potential o LRP) de menor

amplitud que individuos normales en tareas relacionadas con la toma de decisiones motoras rápidas (Barratt, Mishalanie, Matthews & Moeller, 2002). Lo cual sugiere que la impulsividad puede estar relacionada con la activación insuficiente y prematura de la corteza motora primaria antes de un acto. Esto podría contribuir no sólo a la ejecución de respuestas incorrectas sino también a una incapacidad para colocar recursos atencionales adecuados sobre la realización del acto motor. En resumen, impulsividad se relaciona con bajos niveles de activación cortical en reposo, hiperreactividad a estímulos externos, deficiencias en la actualización de contexto y cambios de contextos mentales, y bajos niveles de activación de la corteza motora previa a la ejecución de un acto motor (Barratt et al., 2002).

4. *Respecto a la dimensión cognoscitiva* en general, las pruebas psicométricas indican que los individuos impulsivos son creativos, es decir, son capaces de producir con respecto a los sujetos poco impulsivos una mayor cantidad de ideas por unidad de tiempo. Lo anterior no implica que la calidad de las respuestas sea adecuada o que siempre sean la solución. Ambos hallazgos sugieren que impulsividad se relaciona con un aumento en el tiempo cognoscitivo; en otras palabras son más "acelerados" (Barratt et al., 2002).

Barratt (1993) escribe en 1972: "las personas con altos niveles de impulsividad típicamente no piensan antes de hablar, viven para el momento, no pueden estar quietos, cambian su manera de parecer rápidamente, toman una mayor cantidad de riesgos y presentan una dificultad para concentrarse y planear hacia el futuro".

Por su parte los individuos con alta impulsividad pueden ser analizados teniendo en cuenta dos niveles:

- A) Un *nivel conductual*, donde podría observarse una sensibilidad reducida a las consecuencias negativas desencadenadas por sus propios actos, así como una velocidad de reacción elevada que no permitiría un procesamiento adecuado de la información, tanto de estímulos internos como externos. Esto acarrearía una ausencia de consideración acerca del efecto de dicho acto a largo plazo (Moeller, et al., 2001; Orozco- Cabal et al., 2007).

B) A *nivel social*, se entiende la impulsividad como una conducta desarrollada en un ambiente familiar en el que el niño ha aprendido a reaccionar de modo rápido para la obtención de lo deseado. Dicha conducta implica riesgos y sus consecuencias no son consideradas por el individuo para sí, ni para terceras personas (Moeller, et al., 2001; Orozco Cabal et al., 2007).

2.3.5. Teoría de Dickman

Dickman (1990) definió a Impulsividad como la tendencia a deliberar menos que la mayoría de las personas con idénticas capacidades antes de realizar una acción.

Los estudios realizados sobre la Impulsividad destacaron sus consecuencias negativas, pero a veces las personas impulsivas rendían mejor que las no impulsivas. Este autor mencionó dos rasgos diferentes, distinguió dos tipos de Impulsividad: la Impulsividad funcional, definida como una tendencia a actuar con poca planificación, pero en el momento en que el individuo siente que la situación es óptima, y la Impulsividad disfuncional. Una implicaría responder rápidamente y con poca precisión en situaciones en las que utilizar esta estrategia brinda resultados positivos, y otro rasgo para situaciones en las que ésta estrategia no es óptima, implicaría responder rápidamente y sin precisión (Dickman, 1990).

Al primer rasgo se lo denomina Impulsividad Funcional, y consistiría en una tendencia a tomar decisiones rápidas siempre y cuando la situación implique un beneficio personal. Por ende, es un proceso de toma de decisiones con un riesgo calculado. Por otro lado, el segundo rasgo, el cual se denomina Impulsividad Disfuncional, se relaciona con la tendencia a tomar decisiones irreflexivas y rápidas, con consecuencias negativas para el sujeto. Los resultados de las investigaciones brindaron evidencia empírica de la presencia de estos dos factores (Dickman, 1990).

En cuanto a la relación entre los dos tipos de Impulsividad, en estas investigaciones se obtuvo una correlación entre estos rasgos relativamente baja, correlacionando significativamente cada uno de los rasgos con otras medidas de Impulsividad (Dickman, 1990).

2.3.6. Otras teorías

Diversos autores relacionaron la Impulsividad con la búsqueda de sensaciones. Para Zuckerman la Impulsividad es una de las dimensiones de personalidad más relevantes para explicar y predecir el comportamiento humano (Zuckerman, 1994).

Zuckerman, Kuhlman, Thornquist&Kiers (1991), distinguieron entre la Búsqueda de Sensaciones, factor correspondiente a las cuatro sub escalas del Cuestionario de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (1994), de la Búsqueda de Sensaciones Impulsiva. Implicaba una falta de planificación y la tendencia a actuar impulsivamente, sin reflexionar. Además, se incluía la búsqueda de experiencia o la disposición a asumir riesgos para lograr nuevas experiencias y emociones.

Buss&Plomin (1975), formularon un modelo de personalidad conformado por cuatro rasgos independientes, aunque su interacción influiría en el comportamiento: Impulsividad, Emocionalidad, Actividad y Sociabilidad. Definieron la Impulsividad como un rasgo multidimensional caracterizado por la falta de control inhibitorio, el cual implicaba la tendencia a dejarse llevar por la urgencia y el responder a los estímulos inmediata e impetuosamente en vez de planificar antes de actuar (Buss& Plomin, 1975). Otras características similares eran la dificultad para retrasar el llevar a cabo una conducta, el no considerar las consecuencias de una acción o las alternativas existentes posibles, el persistir en una tarea, sin caer en las tentaciones que impliquen el abandono de la actividad, la propensión al aburrimiento y la necesidad de buscar estímulos nuevos (Buss & Plomin, 1975).

Además, se identificaron cuatro tipos de dimensiones a partir de investigaciones realizadas con gemelos y sus familias, estudios longitudinales y neuro farmacología (Cloninger, Przybeck&Svrakic, 1991). Estos factores de temperamento eran dimensiones de personalidad que requerían respuestas automáticas a estímulos perceptivos, que reflejaban sesgos hereditarios en el procesamiento de la información (Cloninger et al., 1991).

Uno de los cuatro temperamentos será la *búsqueda de novedades*, el cual incluía la Impulsividad, la iniciación del comportamiento en respuesta a la novedad, la extravagancia en el abordaje de los indicios de recompensa y la tendencia a perder los nervios con facilidad (Cloninger et al., 1991). Siguiendo a estos autores, la impulsividad es una respuesta automática que surge pre conscientemente frente a los estímulos nuevos a causa de tendencias biológicas.

Morales Vives (2007), afirma que los últimos años se han caracterizado por el surgimiento de modelos jerárquicos de personalidad, que pretenden englobar dimensiones de personalidad grandes, en lugar de factores específicos.

Estos modelos intentan brindar al ámbito complejo del estudio de la personalidad, una respuesta alternativa, integradora y simplificada, el cual se caracteriza por la multiplicidad de rasgos con nombres diferentes pero con características parecidas,

y por la presencia de instrumentos variados, que afirman medir el mismo rasgo pero que se refieren a conceptos distintos. Uno de los modelos más característicos es el Modelo de Cinco Factores, que afirma que el comportamiento depende, generalmente, de cinco amplias dimensiones ortogonales de personalidad (John & Srivastava, 1999).

2.4. La Depresión

La palabra Depresión proviene del latín *depressu*, que significa “abatido”, “derribado”, y para la psiquiatría es un Trastorno del Estado de Ánimo¹ Bajo que, en términos coloquiales, se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente (Conti, 2007).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (APA, 2014), utiliza ciertos criterios clínicos para detectar la Depresión, ubicándola en el apartado *Trastornos depresivos*, y clasificando en distintos grupos según el número de signos, síntomas, y su duración. Se admite la Depresión como la alteración de la capacidad afectiva, abarcando la tristeza y la incapacidad de brindar afecto o recibirlo de quienes rodean a la persona (APA).

La Depresión es uno de los desórdenes clínicos que más frecuentemente aparece en la población general. Actualmente, existe una codependencia entre Depresión y Ansiedad, haciendo que diversos marcos conceptuales partan de la práctica clínica y de los hallazgos de los estudios que pretenden explicarla para intervenir en ella y prevenir el suicidio. Actualmente la tríada ansiedad, Depresión y estrés causan más fallecimientos que el cáncer y el SIDA (Riveros, Hernández & Rivera, 2007).

Su sintomatología es muy variada, va desde síntomas físicos, inhibición de pensamiento, inhibición psicomotora, hasta presentarse asociadas con otras patologías de ansiedad y alcoholismo. Aparece a cualquier edad. Sus formas clínicas son muy variadas, van desde las leves (distimias) a las severas (melancolía), e incluso se presentan enmascaradas (Conti, 2007). Siguiendo a este autor, la Depresión es una enfermedad crónica y recurrente que puede conducir a la muerte por suicidio y afecta la calidad de vida, por lo que requiere un tratamiento permanente. Al ser una enfermedad cíclica, puede aparecer y desaparecer espontáneamente. Para explicar la Depresión, Beck (1983/2003) postula 3 conceptos: la tríada cognitiva, los esquemas mentales y los errores cognitivos. En la tríada cognitiva, la persona tiene una visión negativa de su futuro, de sí mismo y tiende a interpretar las experiencias del día a día de forma

negativa. La persona se ve desgraciada, torpe, con poca valía, se subestima y critica a sí misma. Cree que el mundo le interpone obstáculos insalvables, el entorno la frustra continuamente. Del futuro solo espera penas, frustraciones y privaciones interminables (Beck, 1983/2003).

Cuando una persona se enfrenta a una situación, el esquemamental (patrones cognitivos estables), es la base para transformar los datos en cogniciones. Los esquemas activados en una situación específica determinan la manera de responder de una persona (Beck, 1983/2003).

En la Depresión, estos esquemas son inadecuados. Por lo que Beck (1983/2003) afirma que el sujeto pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. A medida que la Depresión se agrava, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del sujeto en la validez de sus conceptos negativos, más allá de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1983/2003).

Respecto a las distorsiones cognitivas presentes en la persona depresiva, Beck (1983/2003) las divide en diez tipos diferentes:

- **Pensamiento todo/nada:** Consiste en valorar las cualidades personales a partir de categorías absolutas. Todo debe ser perfecto, de lo contrario es un fracaso (pensamiento dicotómico).
- **Generalización excesiva:** se toma un acontecimiento negativo ocurrido puntualmente y lo generaliza, dando por hecho que va a repetirse siempre.
- **Filtro mental:** tendencia a fijarse sólo en los aspectos negativos de determinadas situaciones, sin considerar lo positivo.
- **Descalificar lo positivo:** transformar las experiencias positivas o neutras en negativas.
- **Conclusiones apresuradas:** llegar a conclusiones negativas sin que haya datos objetivos que las justifiquen.
- **Magnificación y minimización:** la tendencia a aumentar los fracasos y a disminuir los éxitos de una manera desproporcionada.
- **Razonamiento emocional:** interpretar los estados de ánimo como si se tratasen de verdades objetivas.
- **Enunciaciones "debería":** utilización de enunciaciones tales como "debería hacer esto" tienen un efecto paradójico sobre la conducta.

- **Etiquetamiento:** la construcción del propio auto concepto a partir de los defectos y errores.
- **Personalización:** hacerse responsables no sólo de los propios actos sino también de las acciones de los demás.

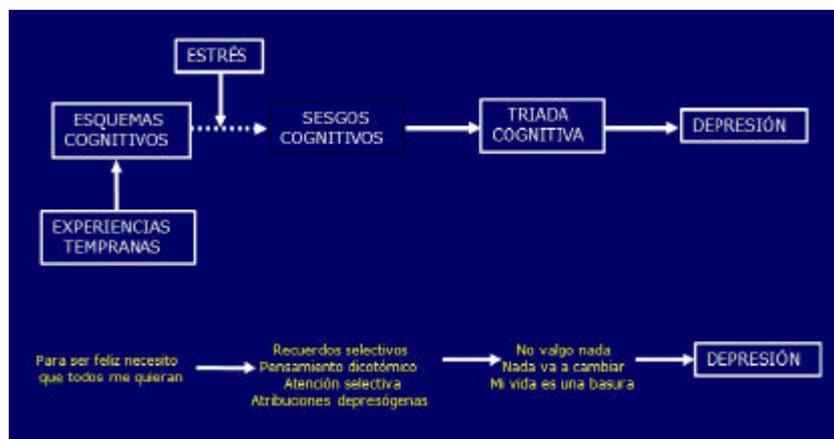


Figura 3: Modelo Cognitivo (Beck 1967, 1976 citado en Vázquez, Hernán Gómez & Hervás, 2008).

Fuente: Vázquez, C., Hernán Gómez, L. & Hervás, G. (2008). Modelos cognitivos de la Depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Trastornos Depresivos*. Barcelona: Masson&Elsevier.

2.5. Clasificación de los estados depresivos

Riveros et al. (2007) afirman que los estados depresivos no son una entidad monolítica invariable. Si se observaran las clasificaciones que se han realizado hasta la actualidad, se podrá observar que se han descrito más de cien tipos depresivos distintos entre sí. Estos autores sostienen que esta abundancia de clasificaciones puede confundir. Actualmente, se hace mayor hincapié en conocer si el síndrome depresivo se relaciona con otras entidades y si cumplen o no determinados requisitos, como síntomas, signos, gravedad y tiempo de resolución.

Riveros et al. (2007) señalan dos tipos de depresiones:

- **Depresiones primarias:** no se encuentran ligadas a otra enfermedad médica psiquiátrica. Surgen de manera autónoma o luego de que se producen los desencadenamientos. Las subdivisiones se realizan según la sintomatología y la gravedad.
- *Depresiones primarias unipolares:* Aparecen en fases. A los intervalos de normalidad, cuando no se corrigen continúan las fases depresivas. Tanto la duración de ésta como el

tiempo que transcurre entre ellas oscila de una persona a otra. A veces, el episodio dura unas semanas, mientras que en otras, con el tiempo, se torna crónico. Aparecen a partir de los treinta años de edad, pero desaparecen con un tratamiento adecuado.

- *Depresiones primarias bipolares*: Las fases depresivas se alternan con intervalos de normalidad y con episodios maníacos. La manía es la antítesis de la Depresión, ya que los pacientes eufóricos y expresivos, son imperativos, se entregan a la verborrea, padecen insomnio, realizan gastos excesivos, se comprometen a hacer tareas irrealizables y se muestran coléricos al llevarles la contra. Incluso pueden llegar a la agitación, a las ideas delirantes o a las alucinaciones.

- **Depresiones secundarias**: Se relacionan con otras enfermedades médicas o psiquiátricas. Es fundamental identificar el trastorno que las provocó. Son secundarias en relación con otras alteraciones psiquiátricas.

- *La esquizofrenia*: luego de la remisión del episodio agudo, o en algunas manifestaciones que se caracterizan por una actitud clínica negativa.

- *Los estados de ansiedad aguda o generalizada*: se torna crónica con el tiempo y no se resuelve.

- *Los alcohólicos y otros adictos*: al dejar de tomar el tóxico que les causa dependencia (Riveros et al., 2007).

2.6. Identificación de los signos y síntomas de la Depresión

- **Estado de ánimo**: Se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto y frecuentemente los familiares cercanos lo notan. El paciente se encuentra más callado, distante, serio, aislado o irritable, siendo esto último un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Encontrarse poco tolerante y sentir que le ocurren todas las cosas malas solo a él, o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede fluctuar a lo largo del día. El paciente deprimido nota que se siente más triste en una parte del día. Puede haber llanto presentándose al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota (Riveros et al., 2007):

- **Pérdida del interés**: por situaciones o actividades que antes producían placer, siendo esta otra manifestación de la depresión. El paciente no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar, pudiendo deberse a que ya no disfruta de realizar estas actividades o a que se le dificultan. La dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, ya que ahora el paciente se siente con poca capacidad para encontrarse bien con sus amigos y familiares, tornándose un suplicio el ver a los demás, reír y divertirse,

cuando es algo que éste no puede experimentar. El solicitarle a los deprimidos que “le pongan ganas”, “que no se den por vencidos” o que “que se esfuerzen y socialicen”, es pedirle que se contracte y se sienta peor (Riveros et al., 2007).

- **Sentimientos de culpa:** Es un síntoma muy frecuente en el deprimido, pudiendo pensar que se encuentran deprimidos por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de realizar en el pasado. Además, pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que se encuentran lavando sus culpas a través de la enfermedad. En algunas formas de Depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes, fuera del juicio de realidad, de que están pagando con sus culpas y las de alguien más, o que están purificando los pecados de otro etc. También, pueden existir alucinaciones auditivas que los acusen e insulten (Riveros et al., 2007).

- **Ideación suicida:** Los depresivos se suicidan con mucha frecuencia. El médico puede temer sobre preguntar respecto a este tema, ya que puede suponer que el paciente no ha pensado eso, o no lo ha hecho formalmente, por lo que al hacer semiología en esta área, puede “despertar” la ideación suicida. Sin embargo, el paciente lo ha pensado y él desea que se lo interroge al respecto, debido a que desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas (Riveros et al., 2007).

- **Insomnio y otros Trastornos del Sueño:** Es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los deprimidos, la forma típica es el insomnio de la última parte de la noche, conocido como insomnio terminal o tardío. La persona se despierta a las 03:00 de la madrugada y no puede conciliar el sueño nuevamente. En esas horas de soledad nocturna, el deprimido inicia con una serie de pensamientos pesimistas y de impotencia, impidiéndolo dormir nuevamente. Antes del inicio de su Depresión, el despertarse una hora más temprano del horario habitual que solía tener el sujeto, es considerado como despertar matutino prematuro o insomnio terminal. Es por esto que una pregunta clave es a qué hora se despertaba en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido, y a qué hora se ha estado despertando sin poder dormir en la última semana (Riveros et al., 2007).

Riveros et al. (2007) afirman que algunos pacientes con Depresión pueden tener datos de insomnio inicial, es decir, la incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos en el horario acostumbrado, o insomnio terminal, fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama sin poseer necesidad de ir al baño.

En un laboratorio de sueño, el Depresivo posee una serie de alteraciones de las fases o estadios de sueño, como la menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño

delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos, fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro. Aunque, puede suceder que en lugar de presentar una calidad y cantidad de sueño baja, poseen un exceso de sueño. Estos sujetos duermen de nueve a diez horas, refiriendo que mientras más duermen, más deprimidos se sienten, con adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz (Riveros et al., 2007).

- **Disminución de energía:** Se posee gran dificultad para moverse, arreglarse, asearse, iniciar labores mínimas, o que necesitan un gran esfuerzo para llevarlas a cabo. Se debe evaluar qué actividades no puede realizar el paciente, abarcando desde lo que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para alinearse, hasta dejar de trabajar y estar sólo acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los depresivos pueden llegar al estupor, el cual dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder o solo realizando movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del paciente se diferencia de la catatonía, el cual también es un tipo de inmovilidad, pero en la última el paciente posee flexibilidad cérica, en donde se lo coloca en posiciones anti-gravitatorias incómodas, situación que no ocurre con el deprimido (Riveros et al., 2007).

- **Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica:** existe un componente sintomático ansioso importante, por lo que el médico puede evaluar al paciente desde la inspección general, su estado de agitación psicomotriz. De estar presente, el deprimido mueve las manos o los pies de manera inquieta, juega con el pelo, se seca las manos, se levanta y se sienta, etc. Asimismo, el paciente puede expresar que se siente nervioso, intranquilo, muy preocupado por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, debiendo pedirles ejemplos de las mismas (Riveros et al., 2007).

- **Malestares físicos:** Por lo general, el depresivo presenta una serie de malestares, poco sistematizados, pero llegando a ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náuseas, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares, etc. (Riveros et al., 2007).

- **Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso:** Comúnmente, los depresivos presentan bajo apetito y una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos o en tallas de ropa, debido a que el paciente siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, debe ser estudiada para descartar problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer. Por otra parte, algunos depresivos pueden aumentar de peso, por lo general, los enfermos con sueño excesivo, apetito por alimentos abundantes en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro se lo denomina Depresión afectiva estacional, ya

que es común que se presente más frecuentemente en el invierno. Además, se lo denomina Depresión atípica (Riveros et al., 2007).

- **Disminución del deseo sexual:** Se destaca una disminución en el deseo sexual (libido), odifunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer (Riveros et al., 2007).

- **Manifestaciones diversas:** Pueden ser de tipo hipocondríaco, buscarexplicaciones en el funcionamiento de los órganos y sistemas, acudir con más frecuencia al médico con dolencias poco sistematizadas. Además, pueden existirdatos obsesivo-compulsivos, en otras palabras, el paciente posee pensamientos repetitivos que no puede alejar de su cabeza, que son reconocidos como absurdos, y la repetición de actos motores o rituales para asegurarse de que se encuentranbien realizados. En el primer caso, existen ideas parásitas que no se alejan del pensamiento, pudiendo generar ansiedad. En el segundo, el depresivono deja de revisar cosas y situaciones o repetir operaciones (Riveros et al., 2007).

2.7. Tratamiento de la Depresión

Frente al tratamiento de la Depresión, Alonso Patiño Villada (2006), señala que éste exige un abordaje desde tres perspectivas:

- **Biológico:** Se refiere al tratamiento farmacológico. En el caso de las personas mayores, se debe considerar que en el organismo de estos individuos las funciones se encuentran empobrecidas. Esto sucede también con el sistema digestivo, siendo el proceso de asimilación, generalmente, más lento, la función hepática, donde el hepatocito y las isoenzimas en el sistema retículo endotelial demoran más tiempo en degradar las sustancias, hacen que la excreción del fármaco demore en la eliminación y el sistema cardiocirculatorio, con disfunción en alguna medida (Zarragoitia, 2010).

Cuquerella (1997) señala que las recomendaciones a considerar en el tratamiento son:

- Vigilar las poli medicaciones.
- Iniciar el tratamiento con dosis bajas, la mitad o la tercera parte.
- Aumentar la dosis gradualmente.
- Mantener un tiempo de 6 a 8 semanas en su inicio.
- Fraccionamiento de las dosis en caso de efectos secundarios.
- Vigilar la mala cumplimentación.

- Mantener el tratamiento a dosis terapéuticas, una vez se haya resuelto el episodio.

Alonso Patiño Villada (2006) afirma que los antidepresivos tricíclicos son agentes muy eficaces y seguros para el tratamiento de la Depresión. Sin embargo, se deberá limitar su uso por la aparición de efectos adversos como:

- **Alteraciones cardíacas:**disminución de la conducción y taquicardia,
- Sintomatología muscarínica:**sequedad de la boca, estreñimiento, visión borrosa, agravamiento del glaucoma, retención urinaria, hipotensión ortostática.
- Somnolencia, temblores o torpeza psicomotriz:** debe haber precaución por la posibilidad de que ocurran caídas y se produzcan fracturas óseas. Siguiendo a este autor, en el grupo de los antidepresivos tricíclicos, las aminas secundarias (Nortriptilina y Desipramina) son mejor toleradas que las aminas terciarias (Imipramina, Doxepin y Amitriptilina). Por su parte, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son mejor tolerados y tan eficaces como los tricíclicos. Pueden surgir efectos secundarios serotoninérgicos como cefaleas, náuseas, diarrea y inquietud. A pesar de que todos son bien tolerados, si surgiera un efecto adverso, el que más complicaciones acarrea es la fluoxetina, debido a su larga vida media (Cuquerella, 1997).
- **Psicológico:** Cuando el tratamiento farmacológico ha estabilizado el estado del paciente, un terapeuta puede brindar un contexto seguro donde éste pueda hablar sobre sus preocupaciones, decepciones y miedos, aprendiendo a resolver sus problemas. La psicoterapia ayuda a tomar conciencia del pensamiento autodestructivo y muestra al paciente como reconocer signos de depresión, la manera de encausar las emociones fuertes y a controlar el estrés (Wallis, 2001 citado en Alonso Patiño Villada, 2006).
- **Social:**Las medidas sociales son vitales y su descuido son una de las causas más comunes del fracaso antidepresivo. Se debe hacer hincapié en la integración del paciente en su entorno social, como la familia, las asociaciones de jubilados, las asociaciones de barrio etc., potenciando el mantenimiento de la autonomía y de la autoestima (Cuquerella, 1997).

2.8. La Ludopatía

El juego patológico es considerado como un fracaso crónico y progresivo en la capacidad para resistir los impulsos a jugar. Además, este fracaso compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales (Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

Todavía no se conoce la dirección de la causalidad, aunque Villoria López (1998), afirma que existen inclinaciones por atribuir a la elevada ansiedad y a la sintomatología depresiva, una función adaptativa ante la situación personal y familiar propiciada por las consecuencias del juego, cuya sintomatología suele ser muy acentuada en el momento de pedir ayuda terapéutica.

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1980), clasifica la Ludopatía como un Trastorno del Control de los Impulsos, relacionándola con el conjunto de los trastornos obsesivos-compulsivos y con la conducta de abuso y dependencia de sustancias.

Según Palumberi & Mannino (2008), la Ludopatía registra un aumento y difusión constantes, sin embargo, las instituciones políticas y socio-sanitarias parecen subestimar su impacto. A pesar de esto, la Ludopatía constituye un serio problema psico-socio-sanitario para nuestra sociedad. El juego, de diversión simple, sano y de pasatiempo puede convertirse en una verdadera enfermedad; el verdadero sentido del juego, lugar simbólico y separado de recreo, con el cual el individuo se construye y se descubre, experimenta la libertad y la creatividad, aprende reglas y roles, se transforma en esclavitud, obsesión, repetición. Según estos autores, el jugador patológico es un individuo incapaz de oponerse al impulso de jugar, a pesar de saber que su comportamiento compromete, destruye o daña sus relaciones personales matrimoniales, familiares y profesionales (Palumberi & Mannino, 2008).

Desde la teoría cognitiva, los comportamientos de las personas se encuentran estrechamente ligados a las interpretaciones que hacen de la realidad, de sí mismos y del futuro. Así, el comportamiento es producto de pensamientos automáticos, es decir, pensamientos cuyo contenido es evaluativo y mínimamente procesado de forma deliberada, razón por la cual tienden a aparecer automáticamente dando cuenta de creencias o contenidos idiosincráticos que el individuo ha construido a lo largo de su vida para dar cuenta de lo que le sucede. Estos pensamientos pueden ser disfuncionales cuando se evidencia un desvío negativo sistemático en su contenido, obstaculizando las intenciones del sujeto, generando una especie de autosaboteo (Camerini, 2004). En los jugadores patológicos parece ser que estas distorsiones cognitivas se encuentran ancladas en un nivel más profundo de su actividad cognitiva, posiblemente, siendo este un factor de vulnerabilidad o predisposición psicológica para “engancharse” fácilmente y sin control en actividades de juego, sin importar las consecuencias (Camerini, 2004).

Imbucci (citado en Palumberi & Mannino, 2008) afirma que el juego sigue una jerarquía que reproduce una línea de subdesarrollo, señalando que este representa un elemento de compensación de la realidad.

Imbucci (1999) evidencia tres funciones del juego:

- Una función lúdica: se realiza en momentos de progreso económico y de la mayor consumición del juego.
- Una función vicaria existencial: ve el juego como el compensador del malestar diario, un “sustituto de la esperanza”, en especial, en las áreas caracterizadas por la precariedad.
- Una fase regresiva: se verifica un aumento rápido y heterogéneo del juego en presencia de las crisis económicas, sociales y políticas, por ende, el juego representa una evasión.

Además, existe la posibilidad de que el juego cumpla una importante función relacionada con la pertenencia a un grupo. La persistencia en el juego puede ser reconducida a la estructura de personalidad de la persona, en cuanto a la relación existente con el grupo de los jugadores. Existe evidencia de que la fuerza del juego no es la actividad, sino la relación con los otros jugadores y con la red social de los participantes (Rosencrance, 1986).

Por su parte, Zola (1964) había observado que las relaciones en un grupo de jugadores y las apuestas, aunque no brinden diversión ni ganancia, conformaban un sistema compartido y aceptados socialmente, que permite orientar las frustraciones, de forma no destructiva, y compartir con otros sujetos valores y metas no alcanzables de otra manera.

El grupo era, además, un factor tranquilizante para determinar las faltas y las pérdidas: en estos casos jugar no es un medio de escapar de la realidad o enfrentar las necesidades no funcionales, si no que cumple la posibilidad de realizar un papel, de ser alguien y vivir una dimensión relacional, leal y compartida.

Newman (1972) señala que en los sitios de juego se brinda la posibilidad de compartir un sistema de valores, una subcultura característica de las sociedades tradicionales en contraposición a los valores típicos de las clases.

Asimismo Ocean (1993), afirma que el juego es un mundo aparte, en el que las relaciones entre los jugadores se dan solo en el sitio lúdico. Debido a la carencia de sistemas compartidos de significado y experiencias, los jugadores se aíslan de la familia, los amigos y compañeros, por lo que la red externa del jugador se empobrece. La identidad social externa pasa a ser secundaria y disminuye la autoestima (Ocean, 1993).

El juego es considerado como una actividad humana normal, fascinadora y persistente, pudiéndose poner el acento en las formas a través de las cuales los sujetos lo realizan. Es una actividad contextual, indicando con esto los lugares específicos que preceden y acompañan al jugador, además, quien está implicado en el juego se encuentra relacionado además con el resto de la comunidad, por varias razones, como el dinero, el deseo de la estima, el uso de los servicios, a un contexto exacto (Prus, 2004).

Custer&Milt(1985),describen tres fases progresivas de implicación en el juego:

- **Fase de ganancia:** Constituida por un período de suerte y episodios frecuentes de ganancias, que hacen que el jugador apueste con más frecuencia, creyéndose además que él es un jugador excepcional.

- **Fase de pérdida:** el jugador mantiene una actitud excesivamente optimista, que lo conduce a aumentar significativamente la cantidad de dinero que arriesga en el juego. Al incrementar las apuestas, se comienzan a producir mayores pérdidas y es ahí cuando comienza a jugar, no ya para ganar, sino para recuperar lo perdido. Trata de ocultar sus problemas de juego a la familia y, a causa de sus excusas y engaños, se deteriora la relación con su cónyuge o pareja.

- **Fase de desesperación:** el juego alcanza una intensidad consumidora, los familiares y amigos, aparentemente, se desentienden. La falta de dinero disponible o de sistemas de préstamo legales a los que acudir incrementa el riesgo de buscar vías de préstamo ilegales o delinquir. Están irritables, nerviosos y aparecen trastornos del sueño y de la alimentación. Son frecuentes la Depresión e ideación autolítica (Custer & Milt, 1985).

De entre las distorsiones cognitivas presentes en el ámbito de los juegos de azar, se pueden destacar cuatro fundamentales:

- 1) *la ilusión de control:* la creencia deque las habilidades o destrezas propias pueden controlar o vencer al azar (Ladouceur, 1993);
- 2) *la confianza en la suerte:* la sobrevaloración de las posibilidades de ganar, independientemente de cualquier acción realizada por el jugador;
- 3) *diferentes modalidades en las que se manifiesta el heurístico de la representatividad:* establecer una dependencia entre eventos sucesivos que en principio son independientes; y
- 4) *la atribución flexible:* la tendencia a imputar los éxitos a factores internos, como la habilidad o el esfuerzo; mientras que los fallos se atribuyen a

factores externos a la persona, como obstáculo mala suerte (Walker, 1992).

Por su parte, algunos estudios han analizado las creencias irracionales presentes en ludópatas (Fernández-Alba et al., 2000; Griffiths, 1994; Labrador, Fernández Alba & Mañoso, 2002; Labrador & Mañoso, 2005), encontrando que las más frecuentes se refieren a la suerte, superstición, relación causa-efecto y control personal.

Existe en especial, la evaluación sesgada de los resultados que contribuye a mantener la creencia de que disponen de habilidades suficientes para ganar, a pesar de las frecuentes pérdidas. Los éxitos tienden a aumentar las expectativas más de lo que los fracasos a disminuirlas, por lo que el jugador se mantiene más confiado de lo que la probabilidad objetiva o el patrón de resultados pasados podrían justificar (Gilovich, 1983).

En general, desde el modelo cognitivo, las distorsiones obedecen a una estructura más profunda que se define como esquema cognitivo (Segal, 1988; Sierra, Negrete & Miranda, 2012). Los esquemas son elementos organizados a partir de conductas y experiencias pasadas que conforman un cuerpo de conocimiento y modelan la forma de percibir e interpretar el mundo, incluyendo a la propia persona. Así, pueden definirse de manera concreta como estructuras fuertemente estables, que con frecuencia se desarrollan en la niñez y que sirven como pautas para el procesamiento futuro de la información proveniente del mundo y las experiencias del sujeto (Segal, 1988; Sierra, Negrete & Miranda, 2012).

Al respecto, Young (1999) propuso un modelo sobre los esquemas cognitivos en el que las distorsiones se relacionan con esquemas cognitivos preexistentes. La existencia de un esquema cognitivo en un sujeto favorece la presencia de determinadas distorsiones, las cuales mantienen esquemas disfuncionales y rígidos, razón por la cual se asume estarían relacionadas con el mantenimiento de pensamientos y comportamientos autodestructivos. Según la teoría de Young, los esquemas se clasifican por dominios, los cuales agrupan algunos esquemas mal adaptativos. Estos dominios o categorías son:

- *Dominio de desconexión y rechazo:* incluye esquemas que implican la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás.

- *Dominio de autonomía deteriorada*: consisten en una visión negativa de uno mismo y del ambiente, en cuanto a la capacidad para tener éxito o para funcionar independientemente de los demás.
- *Dominio de límites deteriorados*: el cual se caracteriza por dificultades para establecer límites internos y responsabilizarse.
- *Dominio de orientación a los demás*: implica un énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás.
- *Dominio de vigilancia excesiva e inhibición*: el cual incluye los esquemas de inhibición emocional y estándares inalcanzables (Young, 1999).

Los esquemas y distorsiones cognitivas pueden considerarse elementos claves para explicar el grado de vulnerabilidad a caer en el juego patológico, así como definir diferencias cognitivas entre quienes padecen síntomas de ludopatía y quienes disfrutan del juego como una actividad social o recreativa. El estudio de estos elementos puede contribuir a comprender la dificultad que ludópatas presentan para controlar el impulso a jugar, para así, formular programas de intervención enfocados a la reestructuración de esquemas cognitivos particulares; también, para diseñar propuestas de prevención y atención a jugadores patológicos (Young, 1999).

De las escasas investigaciones en las que el análisis de las distorsiones cognitivas se ha hecho en el marco de un juego patológico, se destacan las desarrolladas por el equipo de Ladouceur en la Universidad de Laval en Canadá (Sylvain & Ladouceur, 1992; Bujold, Ladouceur, Sylvain & Boisvert, 1994; Ladouceur, Boisvert & Dumont, 1994; Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997), el estudio de Fernández Montalvo, Báez & Echeburúa (1996) y el de Toneatto, Blitz-Miller, Calderwood, Dragonetti & Tsanos (1997). Sin embargo, en el caso de los estudios emprendidos por el equipo de Ladouceur son pocos los realizados con muestras de jugadores patológicos, pues han utilizado fundamentalmente jugadores regulares, para los que el juego no se ha convertido necesariamente en un problema. Además las muestras utilizadas son muy reducidas, incluso en algunos casos, estudios de caso único. En las otras dos investigaciones citadas la limitación principal se encuentra en la forma y el momento en que se evalúan estas distorsiones.

En el estudio de Fernández - Montalvo et al. (1996), se aplica un inventario de pensamientos; y en la investigación de Toneatto et al. (1997), se realiza una pregunta abierta “¿Hace algo especial para incrementar las posibilidades de ganar?”, en el contexto de una entrevista más amplia sobre hábitos de juego y otros temas relacionados.

En ambos casos, la evaluación no se ejecuta mientras el sujeto está jugando, con las limitaciones que ello conlleva, ya que, además de no poder establecer la frecuencia de cada una de ellas, las distorsiones detectadas cuando no se está jugando pueden ser distintas de las que aparecen cuando la persona lleva a cabo esta actividad. De la variedad de instrumentos y tareas utilizados para evaluar los pensamientos irracionales destaca el método de “pensar en voz alta”, que consiste en la grabación, tras un adecuado entrenamiento, de las verbalizaciones de los sujetos mientras juegan. La ventaja más destacable de este método es la posibilidad que ofrece de evaluar de forma precisa los pensamientos concurrentes a la situación de juego, pensamientos que de forma tan concreta y precisa son inaccesibles a otros instrumentos. Aunque ha sido el equipo de Ladouceur el que ha desarrollado este método en el ámbito del juego, en la clasificación posterior de tales verbalizaciones parece más precisa la codificación propuesta por Walker (1992); mientras el primero establece una simple dicotomía entre frases adecuadas e inadecuadas, el segundo recoge de forma más exhaustiva el contenido de las verbalizaciones en una situación de juego en cinco categorías independientes entre sí (frases descriptivas, racionales, irracionales, emocionales y otras), y dos índices de medida (la tasa de producción de frases irracionales y la tasa relativa de irracionalidad en las frases sobre estrategias).

Imbucci (1999) evidencia tres funciones del juego:

- Una función lúdica: se realiza en momentos de progreso económico y de la mayor consumición del juego.
- Una función vicaria existencial: ve el juego como el compensador del malestar diario, un “sustituto de la esperanza”, en especial, en las áreas caracterizadas por la precariedad.
- Una fase regresiva: se verifica un aumento rápido y heterogéneo del juego en presencia de las crisis económicas, sociales y políticas, por ende, el juego representa una evasión.

Además, existe la posibilidad de que el juego cumpla una importante función relacionada con la pertenencia a un grupo. La persistencia en el juego puede ser reconducida a la estructura de personalidad de la persona, en cuanto a la relación existente con el grupo de los jugadores. Existe evidencia de que la fuerza del juego no es la actividad, sino la relación con los otros jugadores y con la red social de los participantes (Rosencrance, 1988).

Por su parte, Zola (1964) había observado que las relaciones en un grupo de jugadores y las apuestas, aunque no brinden diversión ni ganancia, conformaban un sistema

compartido y aceptados socialmente, que permite orientar las frustraciones, de forma no destructiva, y compartir con otros sujetos valores y metas no alcanzables de otra manera. El grupo era, además, un factor tranquilizante para determinar las faltas y las pérdidas: en estos casos jugar no es un medio de escapar de la realidad o enfrentar las necesidades no funcionales, si no que cumple la posibilidad de realizar un papel, de ser alguien y vivir una dimensión relacional, leal y compartida (Zola, 1964).

Newman (1972) señala que en los sitios de juego se brinda la posibilidad de compartir un sistema de valores, una subcultura característica de las sociedades tradicionales en contraposición a los valores típicos de las clases.

Asimismo Ocean (1993), afirma que el juego es un mundo aparte, en el que las relaciones entre los jugadores se dan solo en el sitio lúdico. Debido a la carencia de sistemas compartidos de significado y experiencias, los jugadores se aíslan de la familia, los amigos y compañeros, por lo que la red externa del jugador se empobrece. La identidad social externa pasa a ser secundaria y disminuye la autoestima (Ocean, 1993).

El juego es considerado como una actividad humana normal, fascinadora y persistente, pudiéndose poner el acento en las formas a través de las cuales los sujetos lo realizan. Es una actividad contextual, indicando con esto los lugares específicos que preceden y acompañan al jugador, además, quien está implicado en el juego se encuentra relacionado además con el resto de la comunidad, por varias razones, como el dinero, el deseo de la estima, el uso de los servicios, a un contexto exacto (Prus, 2004).

En el análisis de dicha problemática, Palumberi & Mannino (2008), sostienen que es necesario considerar dos dimensiones distintas pero relacionadas: en primer lugar, el juego como verdad difusa y no peligrosa, expresión de la libertad del individuo. En segundo lugar, el juego causa de sufrimiento y los daños que provoca esta actividad. En esta perspectiva, es importante estimular las formas sanas de juego y prevenir las problemáticas, con la extensión y la promoción de una cultura adaptada del juego, que valore las potencialidades, sin subestimar el riesgo (Palumberi & Mannino, 2008).

Según Villoria López (1998), los primeros esfuerzos por explicar algunos rasgos de la personalidad del jugador se deben al psicoanálisis. Greeson (1947), sugirió que una función del juego podía ser una simple defensa ante la Depresión.

Con la tecnología, se difundió una nueva forma de jugar, solitaria y sin contexto, actividad que se realiza a cada hora y en cualquier lugar, teniendo reglas simples y universales válidas. Las nuevas actividades lúdicas son accesibles a todos, facilitan la

pérdida del control del dinero y de la dimensión temporal, proponiéndose como un “refugio” que aparta de una realidad tediosa e insatisfactoria (Griffiths, 1990).

Autores como Jacobs (1989), y Griffiths (1990), hacen hincapié en los riesgos que pueden surgir de las nuevas formas de juego, los cuales involucran generalmente a los adolescentes, poniendo en evidencia tres variables que repercuten sobre el riesgo:

- **el aumento de la liberalización de los juegos,**
- **la opinión general de que son inofensivos,**
- **la mayor tolerancia hacia dichos juegos,**
- **el aumento de conocerlos y utilizarlos.**

Según dichos autores, el conocimiento limitado del problema y la escasa atención hacia programas formadores de una conciencia colectiva acerca de los problemas relacionados con el juego, son factores incisivos.

Los juegos que con mayor probabilidad inducen el riesgo, y aquellos que ofrecen mayor espacio-tiempo entre la apuesta y el premio, son los juegos del casino, las slot machine, la ruleta, el video póker y el bingo. Los juegos tradicionales, como las carreras de caballos, loterías, apuestas y los juegos de pronósticos en el fútbol, provocan una patología que se encasilla en el área de las “dependencias sin sustancias” (Palumberi & Mannino, 2008).

Tradicionalmente, el concepto de dependencia aludía sólo al uso de alcohol o drogas, aunque en los últimos años, el significado del término “dependencia” se ha ampliado, abarcando los comportamientos recientes de dependencia. Entre las formas patológicas nuevas, capaces de influenciar la experiencia del sujeto, se encuentran el juego compulsivo y diversas dependencias tecnológicas, como las dependencias sexuales y relacionales, la adicción al trabajo y las compras, la dependencia al deporte y las comidas compulsivas (Palumberi & Mannino, 2008).

2.9. Depresión y Ludopatía

Según Villoria López (1998), los primeros esfuerzos por explicar algunos rasgos de la personalidad del jugador se deben al psicoanálisis. Greeson (1947), sugirió que una función del juego podía ser una simple defensa ante la Depresión. Años más tarde

Fyndel(s.f. citado en Villoria López, 1998) afirmó que la conducta de jugar se producía en un intento de vencer la Depresión y la ansiedad.

Todavía no se conoce la dirección de la causalidad, aunque Villoria López(1998), afirma que existen inclinaciones por atribuir a la elevada ansiedad y a la sintomatología depresiva, una función adaptativa ante la situación personal y familiar propiciada por las consecuencias del juego, cuya sintomatología suele ser muy acentuada en el momento de pedir ayuda terapéutica. Ante estas dos posiciones, algunos autores han aceptado ambas ideas, a través de la existencia de tipologías, de la misma forma que en las demás adicciones, conformando una analogía en la forma de proceder y en las propias escalas de personalidad del juego patológico y otras adicciones (McCormick&Taber, 1987).

Asimismo, Moran (1979), planteó una tipología con base en cinco grupos: juego patológico asociado a un trastorno psicológico primario, jugador psicopático, jugador neurótico, jugador impulsivo y jugador subcultural. A partir de la tipología, resuelve el problema de la causalidad, al diferenciar clase de jugadores según la presencia de ciertos rasgos, por lo que la Depresión mantendría diversas funciones dependiendo de cada grupo.

Morán (1979), sostiene que uno de cada diez jugadores se asocia a un trastorno psicológico primario, y que una tercera parte juega como respuesta a una situación o problema emocional, como por ejemplo, una elevada situación de estrés o un estado de ánimo disminuido. Estos datos reflejan una de las direcciones en la causalidad, es decir, que el juego es una estrategia de evitación de la emoción depresiva, entendiéndola como síntoma o trastorno. Sin embargo, Villoria López (1998), afirma que las tipologías no siempre indican la dirección de la causalidad. Por el contrario, Glen (1985) estableció, en algunos de los subtipos, lo que precedía al juego es un trastorno básico de personalidad que llevaría al desarrollo de Depresión como consecuencia del juego. En la misma línea, Fernández, Hand & Friedrich (1996), señalan la presencia de un trastorno neurótico y/o de personalidad de base en los jugadores patológicos, siendo el agente causante del comportamiento de juego.

Blaszczynski & McConaghy (1989), en relación al mantenimiento, sugieren que el aspecto financiero en el caso del juego patológico podría pasar a ser una motivación secundaria, ya que entre los factores de riesgo que pueden precipitar un episodio de juego, la necesidad de obtener dinero es relegada a un segundo plano por el estrés o la Depresión. Así, la tensión y la ansiedad se considerarían elementos fundamentales en el mantenimiento de la conducta de jugar.

Por lo tanto, según estos autores la ansiedad y la Depresión serían factores esenciales y principales mantenedores del juego, que a su vez, se convertiría en una estrategia de afrontamiento ante dichos problemas, al igual que ocurre en otras adicciones (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994). Se podría decir lo mismo sobre déficits en habilidades sociales, aislamiento social y agresividad, que según Báez y cols., se deberían al mismo proceso, no pudiéndolos considerar como intrínsecos del jugador patológico.

Según Adkins et al. (1987, cfr. Ochoa & Labrador, 1994), los jugadores de azar tienen con mayor facilidad a la Depresión que los jugadores de habilidad.

Cocco (1995) establece otra importante distinción al encontrar mayores puntuaciones en ansiedad y estado en los jugadores a máquinas de póker siendo menor en los apostadores de caballos.

Raviv (1993) & Ladouceur; Arsenault, Dubé, Freeston, & Jacques (1997), encuentran que en los jugadores patológicos puntúan más alto en Depresión y ansiedad que los jugadores potenciales, siendo las puntuaciones de estos últimos mayores que las del grupo control. Igualmente Linden, Pope & Jonas (1986), obtuvieron mayor número de casos de Depresión cuando dejaban de jugar por primera vez que en el resto de casos.

En un momento relacional de la primera consulta, García, Díaz & Aranda (1993) obtuvieron altas puntuaciones en Depresión mayor, si bien eran mucho mayores los porcentajes de personas que en el curso de su adicción al juego habían desarrollado uno o más episodios depresivos, siendo las puntuaciones de las mujeres el doble que la de los hombres.

Los estudios familiares también se han dado en el juego patológico, destacando los de Dell, Ruzicka, & Palisi (1981) y Linden et al. (1986), que detectan una elevada incidencia de Depresión en el historial de los familiares.

Taber, McCormick & Ramírez (1987) encontraron que los jugadores que habían experimentado a lo largo de su vida severos estresores, en forma de traumas, puntuaban significativamente más alto en depresión y ansiedad que aquellos jugadores que no habían sufrido tales experiencias.

Otros autores encuentran que la relación entre trastorno de personalidad límite y juego patológico está modulada por la Depresión, y sugieren que se necesita más investigación sobre las relaciones entre personalidad, juego patológico y Depresión (Sacco, Cunningham-Williams, Ostmann & Spitznagel, 2008).

Clarke (2006) aporta evidencia que apoya que la impulsividad podría ser un mediador entre la Depresión y los problemas de juego y sugiere que el juego patológico podría

ser una conducta impulsiva utilizada para disminuirla disforia en individuos predispuestos.

Por su parte, Sacco et al. (2008) sugieren que “es posible que el trastorno de personalidad límite esté asociado con el juego en presencia de estados afectivos dolorosos”, sin embargo, advierte de la dificultad de definir la causalidad de estas relaciones debido a la metodología transversal utilizada hasta el momento.

Villoria López (1998) afirma que las investigaciones sobre la personalidad que establecen tipologías, difieren al fundar los subtipos, dejando de lado una posible predisposición psicológica, los aspectos sociales, los cuales parecen ser concluyentes en el campo de las adicciones, y la falta de evidencia acerca de la predicción del comportamiento a través de la personalidad. Bombín (1992) ajusta ambas posturas al afirmar, desde el punto de vista de la personalidad, que los jugadores tienden a sufrir ansiedad y desajustes emocionales que pueden ser la antesala del juego, o pueden aparecer por las consecuencias del mismo, transformándose en los principales elementos mantenedores del juego.

Desde otra perspectiva, las consecuencias del juego ejercen influencia en la etiología de los episodios depresivos (Roy, Custer, Lorenz & Linnoila, 1988), esto permitiría afirmar que los estados emocionales negativos serían factores secundarios y dependientes del comportamiento de juego (Báez, Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1994).

Según González Saldain (2007), los episodios depresivos se clasificarían como trastornos adaptativos de tipo depresivo. Por ende, los problemas que trae aparejado el juego repercuten en el estado emocional del sujeto, pudiendo traer problemas de ansiedad, Depresión, baja autoestima, descontrol, sentimientos de inutilidad y culpa (Becoña, 1993).

A medida que el problema se torna crónico, las distorsiones perceptivas y las atribuciones de responsabilidad benefician una particular interpretación de la realidad que se transforma en un problema emocional para el individuo, manteniendo el trastorno (McCormick & Taber, 1988).

2.10. Impulsividad y Ludopatía

Según González Saldain (2007), el jugador patológico padece de una enfermedad adictiva en que un impulso abrumador e incontrolable lo empuja a jugar. Éste persiste y aumenta en intensidad e inmediatez, consumiendo cada vez más tiempo,

energía y recursos materiales del sujeto. Por último, invade y destruye todo lo que es significativo en su vida.

Este autor señala que la presencia frecuente y reiterada de episodios de participación en juego de apuestas, avasalla la vida del sujeto en detrimento de sus valores y obligaciones sociales, laborales, afectivas, materiales y familiares. Este impulso persistente aumenta aún, teniendo consecuencias adversas como la pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

Freud (citado en González Saldain, 2007) afirma que bajo el dominio de un trauma psíquico, el yo de un niño se encuentra bajo la influencia de una existencia instintiva enérgica que se encuentra acostumbrado a satisfacer. La experiencia le enseña que la continuidad de esta satisfacción acarreará un peligro real casi intolerable.

Por ende, debe decidirse y renunciar a la satisfacción instintiva reconociendo el peligro real o negar la realidad y persuadirse de que no existe tal peligro y seguir con su satisfacción. De esta forma, aparece un conflicto entre la exigencia del instinto y la prohibición de la realidad. Debido a esto, responde con dos reacciones opuestas, pero efectivas: desecha cualquier prohibición y rechaza la realidad, mientras que reconoce su peligro. El resultado del temor a la castración debería ser que esa amenaza sea aceptada y respete la prohibición, es decir, abandonar parcial o totalmente la satisfacción del instinto (González Saldain, 2007).

Considerando lo antedicho, las dos reacciones contrarias al conflicto continúan y acontecen en el tiempo como el eje de una escisión del yo. Las dos actitudes psíquicas coexisten dentro del yo, una considera la realidad, mientras que la otra la reniega y la reemplaza por una producción de deseo: jugar compulsivamente (González Saldain, 2007).

Asimismo, este autor señala que uno de los rasgos de este tipo de jugador es que juega para perder. Posee un deseo inconsciente de perder, lo que conforma la necesidad de castigo, la cual es una exigencia interna que se encuentra en el origen de ciertos individuos que buscan situaciones difíciles o vergonzosas y se complacen con ellas. Freud (citado en González Saldain, 2007) explica estos comportamientos auto punitivos por la tensión entre un Superyó exigente y el Yo. Esta necesidad de castigo impulsa a ciertos sujetos a sufrir, mientras que paralelamente obtienen satisfacción en su sufrimiento.

El jugador patológico juega en un intento de llenar un vacío que lo excede, busca un alivio, necesita desconectarse, borrarse y así se desubjetiviza mientras realiza la

apuesta. En el momento de las apuestas, surge la vía del principio del placer, despegándose de grandes cantidades de dinero. Se despersonaliza, supera los límites de la coherencia, la permanencia, juega un más allá del principio del placer, afronta al principio de realidad y se disipa a causa de un Yo débil, disociado, primitivo y fisurado en el momento del juego, fruto de una grieta de base narcisista, en el momento originario de la individualidad, cuando acontece ese nuevo acto psíquico, el Yo del narcisismo secundario (González Saldain, 2007).

Siguiendo a este autor los primeros intentos de explicar las características del jugador compulsivo se deben al psicoanálisis. Freud (citado en González Saldain, 2007) relató el significado inconsciente del jugador compulsivo, relacionándolo con los esfuerzos por superar el problema y la búsqueda de autocastigo, además de la compulsión a la masturbación y la lucha contra ésta.

Freud (1926) afirma que el vicio del onanismo es reemplazado por la manía del juego, esto se refleja en la insistencia sobre la actividad apasionada de las manos. Afirma que la furia del juego es un semejante de la antigua compulsión onanista, y en la crianza de niños se usa el término “jugar” para nombrar el trabajo de las manos en los genitales. Lo irresistible de la tentación, los pomposos y jamás respetados juramentos de no volver a hacerlo, el placer atolondrante y la mala conciencia de que se devastará, se conservan sin cambios, a pesar de la sustitución.

González Saldain (2007) señala que si gana, este tipo de jugador va a continuar apostando hasta perder todo, ya que no posee límites. Compulsiva e impulsivamente realiza una fantasía omnipotente narcisista con omnipotencia de los pensamientos. Como adicción, la perversión se encuentra dentro de las psicopatías primarias: la adicción al alcohol, a las drogas y al juego impulsivo compulsivo, constituye una perversión, ya que su uso se instituye en un sustituto del placer genital (Freud, 1897 citado en González Saldain).

2.11. El Juego como fenómeno cultural y necesidad social

El juego ha formado parte de la vida social de la sociedad desde los orígenes, es más se puede afirmar que como forma básica de sociabilidad no hay ni ha existido forma alguna de sociedad y cultura sin juego (Barroso Benítez, 2003).

Desde los primeros tiempos el hombre ha jugado y ha desarrollado actividades lúdicas como forma de expresión, de pertenencia, como empleo del tiempo libre, ocio y esparcimiento. El juego además cumple funciones sociales básicas en el desarrollo y aprendizaje de los niños, al proporcionar entretenimiento, intercambio y socialización (Barroso Benítez, 2003). Se trata, en suma, de una pauta de comportamiento humano que desprende significados de interés para conocer realidades sociales (Barroso Benítez, 2003).

González Seara (1987) afirma que el juego es una actividad que corresponde a los estratos más profundos de la naturaleza humana, y existe en todas las sociedades.

Huizinga (1972) expresa que el juego es más viejo que la cultura; pues el concepto de ésta, presupone siempre una sociedad humana, y los animales no han esperado a que el hombre les enseñe a jugar. La civilización humana no añadió ninguna característica esencial al concepto del juego. Los animales juegan, al igual que los hombres. Todos los rasgos fundamentales del juego se hallan presentes en el de los animales. Basta con ver jugar a unos perritos para percibir todos esos rasgos. Parecen invitarse mutuamente con una especie de actitudes y gestos ceremoniosos. Cumplen con la regla de que no hay que morder la oreja al compañero. Aparentan como si estuvieran terriblemente enfadados, y además parecen gozar muchísimo con todo esto (Huizinga, 1972).

El juego, en sus formas más sencillas y dentro de la vida animal, es ya algo más que un fenómeno meramente fisiológico o una reacción psíquica condicionada de modo puramente fisiológico. El juego, en cuanto a tal, traspasa los límites de la ocupación puramente biológica o física. Es una función de sentido. En el juego “entra en juego” algo que rebasa el instinto inmediato de conservación y que da un sentido a la ocupación vital. Todo juego significa algo (Huizinga, 1972)

Si pensamos en el culto: la comunidad primitiva realiza sus prácticas sagradas, que le sirven para asegurar la salud del mundo, sus consagraciones, sus sacrificios y sus misterios, en el sentido más verdadero del vocablo. Ahora bien, en el mito y en el culto es donde tienen su origen las grandes fuerzas impulsivas de la vida cultural: derecho y orden, tráfico, ganancia, artesanía y arte, poesía, erudición y ciencia. Todo esto hunde así sus raíces en el terreno de la actividad lúdica. Fue ya muy general y aceptada en el siglo XVII, cuando surgió el gran teatro secular. En la pléyade brillante que va de Shakespeare a Racine, pasando por Calderón, el drama dominó el arte poético de la época. Uno tras otro, los poetas compararon al mundo con un escenario donde cada uno desempeña o juega su papel. Parece reconocerse así, el carácter lúdico de la vida cultural. Pero si examinamos con mayor atención esta comparación habitual de la vida

con una pieza teatral, nos daremos cuenta de que, concebida sobre bases platónicas, su tendencia es casi exclusivamente moral. Era una nueva variación del viejo tema de la vanidad, un lamento sobre la liviandad de todo lo terreno y nada más. En esta comparación no se reconocía o no se expresaba que el juego y la cultura se hallan, en efecto, implicados el uno en el otro, el juego auténtico, puro, constituye un fundamento y un factor de la cultura (Huizinga, 1972).

La presencia del juego no ha pasado desapercibida tampoco en la tradición del pensamiento, ya que ha atraído la atención de grandes pensadores de todos los tiempos. Así, ya desde la época clásica Aristóteles relacionó el juego con la felicidad y la virtud al entender que era una actividad desarrollada en un plano superior del ser humano, libre del sometimiento de otros actos dictados por la necesidad. Kant, por su parte, se detuvo en analizar el juego para vincularlo a la creatividad estética del hombre. Tal vez fue el poeta y dramaturgo F. Schiller el primero en subrayar la importancia del juego en la historia de la cultura al señalar que el juego es una manifestación del arte. En su obra *Cartas sobre la educación estética del hombre*, dice que “solo juega el hombre cuando es hombre en pleno sentido de la palabra, y solo es plenamente hombre cuando juega” (Schiller, 1990).

Los patrones de conducta del juego han cambiado sistemáticamente a lo largo de la historia, tanto en su organización social como en sus manifestaciones más características. Las peculiaridades de cada sociedad han impuesto un determinado tipo de juegos. Existen algunos estudios espacio temporales sobre la interrelación juego-sociedad. El estudio más conocido lo realiza Caillois en 1986. Afirma que se puede realizar una fisonomía general de la sociedad partiendo de los juegos que predominan en ella, ya que los juegos son factores e imágenes de la cultura, por tanto de una civilización, y dentro de ella, una época puede caracterizarse por sus juegos. Los juegos preferidos y más extendidos entre los miembros de una colectividad, manifiestan por una parte, las tendencias, los gustos, las maneras más comunes de razonar, y al mismo tiempo, educan y arrastran a los jugadores en las virtudes o defectos, les confirman insidiosamente en sus hábitos o preferencias (Cailliois, 1986).

A lo largo de la historia, se conoce la adicción al juego de emperadores romanos como Augusto y Claudio, así como de escritores, entre los más famosos Góngora y Dostoievski; este último nos legó su clásico *El jugador*. Eran, no obstante, casos excepcionales, poco significativos desde el punto de vista social. Sin embargo, actualmente, la ludopatía ha alcanzado proporciones preocupantes, como consecuencia,

en gran medida, de las condiciones sociopolíticas que la estimulan (Robert & Botella, 2008).

Según Huizinga (1938), el juego no es el antagonista del trabajo, el cual es un elemento secundario de la cultura, sino que ejerce un rol importante en el desarrollo de la civilización, funcionando como “operador cultural”, es decir, una forma verdadera de cultura.

Mauss (1969) señala que el juego es una invención mental de las civilizaciones, siendo la experiencia lúdica un momento necesario de la vida, una dimensión capaz de brindar alegría y de liberar al sujeto de los vínculos y de la monotonía. Fink (1986) compara el juego con un “oasis de alegría”, una forma de conseguir libertad de la cotidianidad y trasladarse a otro mundo, en donde la vida parece ser más feliz. Sarchielli & Dallago (1997) afirman que el juego es la exigencia del ser humano de dar a la suerte un lugar estable en sus procesos mentales.

Los juegos se ajustan a las características de las sociedades, pasan de unas a otras, se adaptan, y contribuyen a configurar modos colectivos de comportamiento. Es evidente que el modo industrial, al igual que los anteriores modos de organización preindustrial, impuso sus formas de juego y que han evolucionado constantemente hacia formas siempre nuevas. Las configuraciones del juego siempre avanzan lentamente de una generación a otra en nuestra vida cotidiana (Barroso Benítez, 2003). Entre estos cambios vale destacar:

1. *Su masificación y universalidad:* Las prácticas de juego son un hecho universal, que abarca a todos los estratos sociales y a todos los estadios de las biografías individuales. El juego ha perdido las connotaciones de clase social, tanto para el hecho social del consumo del juego, como para la elección del tiempo y la clase de práctica de juego (todas las clases practican diversos tipos de juegos). La provisión institucional de instalaciones y oportunidades de juego, así como la novedosa oferta masiva, a través de los medios de comunicación han facilitado el acceso a su práctica inmediata.
2. *Su estructuración social:* la práctica del juego ha perdido el esquema de un comportamiento por rutina para adquirir el de una conducta por elección. No existe un reparto social que atribuya tiempos, tipos, intensidades o modalidades de consumo de juegos en función de criterios de pertenencia a una clase económica, a un grupo cultural, a un estrato de edad o sexo. La estructura social no impone ni condiciona el consumo de juegos. La oferta es tan múltiple en su

variedad, tan universal, tan adaptada a las incontables situaciones individuales que la elección individual llega a ser más difícil incluso que la propia adquisición.

3. *Puesto y la función que desempeña en la economía de mercado*: Se trata de un elemento económico de primera magnitud por el volumen de negocios que desarrolla y por la dinamicidad que introduce en la esfera de consumo. Es decir, de un simple hecho social, más o menos generalizado, ha evolucionado a un hecho económico fundamental en la economía de mercado y de consumo (Barroso Benítez, 2003).

Palumberi & Mannino (2008) señalan que algunos autores analizaron el juego como una actividad “sana” y como característica esencial de los individuos, no sólo en la edad infantil.

Conservamos en la adultez, en cierta medida, la idea de que jugar es una actividad más dentro de nuestro repertorio conductual. De ahí que abunden los juegos de todo tipo desde los típicos juegos de mesa, hasta los sofisticados juegos de ordenador o videoconsola, pasando, cómo no, por los juegos deportivos para distintas edades. Es más, en la sociedad actual se da una marcada tendencia a la diversión de tipo infantil a cualquier edad, adultos incluidos (Carbonell, Talarn, Beranuy, Oberst & Graner, 2009). Actualmente, por ejemplo, es común que una empresa organice una serie de actividades lúdicas para sus empleados y directivos, con el fin de promover la comunicación, la cooperación y el rendimiento laboral de los mismos. Los sociólogos insisten en que el factor diversión está casi omnipresente en todas las facetas de la sociedad y el ocio (Bruckner, 1995; Postman, 1985), en que los adultos también necesitan jugar de vez en cuando y en que gracias al juego obtienen enormes dosis de distracción, diversión, emoción e incluso aprendizaje.

Si intentamos establecer una tipología de juegos, podemos distinguir entre los recreativos (de destreza, de suerte, o que combinan ambos factores) y los de azar, donde suele existir una recompensa económica que depende por completo del azar. Difícilmente podemos convertirnos en adictos al parchís, pero el juego de azar tiene un cierto potencial adictivo: la ruleta es el ejemplo clásico (Carbonell et al., 2009).

Con la llegada de las tecnologías aparecen los videojuegos que se pueden jugar en las máquinas tipo arca de (marcianitos, simuladores, deportivo, shooter, de carreras, etcétera), mediante consola u ordenador y, finalmente, los videojuegos online compartidos. Mientras los juegos tipo arcade son juegos de máquina que desarrollan

destrezas, las máquinas tragamonedas se han convertido en el paradigma de máquina que incita al juego de azar con recompensa económica (Carbonell et al., 2009).

La diferencia fundamental entre las antiguas máquinas del millón o de marcianitos y las tragamonedas es que la recompensa que obtiene el jugador en éstas últimas es económica. En estos casos, cuando se trata de un jugador patológico, el componente lúdico de jugar se pierde por el grado de ansiedad y/o compulsión (en el sentido de irreprimible e inevitable) de la actividad en sí misma. Las tragaperras están a disposición del jugador en bares y casinos y, tal como su nombre indica, la apuesta es pequeña. Por ello, el jugador tiene la sensación de controlar, de que sus elecciones incrementan la posibilidad de ganar y de que no depende exclusivamente de la suerte como sucede en la ruleta. Nada de todo ello es cierto: las acciones del sujeto están determinadas por un programa de reforzamiento intermitente y no por su habilidad. Hoy también existe la posibilidad de jugar este tipo de juegos online de forma interactiva (por ejemplo ruleta online), lo cual multiplica el número de jugadores patológicos potenciales (Carbonell et al., 2009).

2.12. Los mecanismos de la adicción

Cabe destacar que psicológicamente el juego de azar es un reto a la suerte, mediante el cual una persona intenta poner a prueba sus fantasías de cambiar mágicamente su destino (Carbonell et al., 2009).

El aspecto mágico del juego es primordial. Se llaman juegos de azar porque no hay forma de controlar sistemáticamente los resultados del juego y, por tanto, apenas intervienen las habilidades de la persona (Carbonell et al., 2009).

Un criterio importante para distinguir los juegos es el tipo de recompensa que se obtiene al jugar. Tanto es así que en inglés se distingue entre gambling (jugar juegos en los que se arriesga algo para obtener una ganancia) y playing (jugar juegos en los que sólo se persigue el entretenimiento) (Carbonell et al., 2009).

Desde un punto de vista neurológico, una estimulación eléctrica de algunas regiones del encéfalo produce un claro efecto reforzador. Una parte esencial de los circuitos de recompensa está constituida por neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares se localizan en el mesencéfalo. Estas células envían sus axones hacia algunas zonas del sistema límbico y de la corteza cerebral. Normalmente los circuitos de recompensa del encéfalo son estimulados por las conductas que tienen un valor de supervivencia: ingerir alimentos, beber agua, mantener una temperatura corporal adecuada, la actividad sexual o las intervenciones sociales y familiares (Carbonell et al., 2009). Sin embargo, estas

zonas de recompensa pueden ser estimuladas por otras conductas o por sustancias; tal es el caso de algunas drogas, como la cocaína o la nicotina, que pueden estimular poderosa y directamente estos circuitos (Rosenzweig & Leiman, 1992).

El jugador de tragamonedas recibe una respuesta a su acción, sabe si su jugada ha sido ganadora o perdedora, cada cinco segundos. Es una actividad repetitiva, auto estimuladora. Cuando los psicólogos del aprendizaje analizan una conducta se fijan en el programa de reforzamiento y las características de los reforzadores (Domjan, 2004; Tarpay, 1999).

El juego de azar es claramente un caso de lo que se llama programa de reforzamiento intermitente: no todas las conductas son reforzadas y no siempre (Carbonell et al., 2009).

Las máquinas se diseñan para premiar cada determinado número de jugadas, independientemente del tipo de acción efectuada, porque se sabe que el reforzamiento intermitente es el mecanismo más potente para mantener una conducta establecida, en este caso la de jugar por dinero (Carbonell et al., 2009).

En cuanto a la intensidad o potencia del reforzador sabemos que el dinero es un potente reforzador y su ausencia un potente reforzador negativo (en principio, la disminución o falta de recompensa económica reduciría la ocurrencia de la conducta de jugar). El jugador patológico, para recuperar el dinero perdido, ingresa en un espiral cada vez más perjudicial, porque sabe que alguna vez podría ganar (refuerzo positivo intermitente). Otro factor de menor importancia es que el reforzador primario (el dinero) está precedido por estímulos condicionados que lo anteceden (Carbonell et al., 2009).

Igual que el perro de Pavlov aprendió que la campana de la puerta precedía la comida, el jugador aprende que determinadas músicas o sonidos están ligados a la máquina y al premio. La disponibilidad del estímulo es otro factor y tiene dos aspectos: el espacial y el temporal. Las máquinas son más adictivas que otros juegos de apuestas porque están más disponibles en bares, bingos y casinos que otros juegos que sólo se encuentran en casinos (Carbonell et al., 2009).

2.13. Enfoques teóricos sobre el juego.

Existen teorías muy diversas, que van desde las relacionadas a lo físico, a las partidarias de un origen psíquico, y pasando por las de corte sociocultural:

2.13.1. Sobre el exceso de energía

Uno de los máximos exponentes de esta visión fue Herbert Spencer, en el siglo XIX. Estas teorías reafirman la vieja tesis de Platón de que en los jóvenes el juego se debe a que no pueden mantenerse en reposo por lo que les es placentero saltar, gritar, danzar y jugar unos con otros. El juego se entiende, por tanto, como una forma de liberación de la energía excedente (citado en Monroy Antón, & Sáez Rodríguez, 2011).

2.13.2. *Teoría teleológica del ejercicio preparatorio*

El juego tiene un matiz educativo para los niños, sirviendo de preparación para la vida a la que, posteriormente, tendrán que enfrentarse. Uno de los defensores de esta teoría es Groos (1902), quien afirma que el juego contribuye al desarrollo de ciertas funciones que serán básicas para el niño cuando se convierta en adulto, así como a su autoafirmación como persona. Estas teorías son las precursoras de los principios funcionalistas de la etiología moderna. (Monroy Antón et al., 2011).

2.13.3. *Teoría de la recapitulación*

Stanley Hall (1883), pedagogo y psicólogo estadounidense, señaló que el juego no es más que una recogida de datos provenientes de las costumbres de culturas anteriores, convirtiéndose así en una “recapitulación breve” de la evolución de la especie. De este modo, se convierte en una actividad que persiste generación tras generación (Monroy Antón et al., 2011).

2.13.4. *Teorías fisiológicas*

Defienden que el juego responde a una necesidad vital que viene predeterminada biológicamente, y que por tanto está en mayor o menor medida presente en todo ser humano. Sin embargo, dentro de ellas se pueden distinguir dos corrientes diferenciadas:

- la del recreo, defendida por Schiller (1990), para quien el ser humano necesita un movimiento que le dé placer, lo cual encuentra en el juego
- la del descanso, postulada por Lazarus (1883), para quien el juego es básicamente un mecanismo de economía energética (Monroy Antón et al., 2011).

2.13.5. *Teorías de la autoexpresión*

Según estas teorías el juego sirve al niño como vía para representar distintos roles sociales, creando respuestas a los mismos. Manson & Mitchel defendieron esta teoría,

propugnando el valor del juego como medio de manifestar la personalidad ante los demás (citado en Monroy Antón et al., 2011).

2.13.6. *Teorías psicoanalíticas*

Basadas sobre todo en los escritos de Freud, establecen que el juego produce una catarsis liberadora de emociones reprimidas, dejando al individuo en condiciones de poder expresarse libremente. El juego es un medio de expresar impulsos sociales no aceptados (citado en Monroy Antón et al., 2011).

Para Freud, a través del juego el niño consigue dominar los acontecimientos, pasando de una actitud pasiva a intentar controlar la realidad. Al igual que sucede en el sueño, el juego manifiesta fundamentalmente dos procesos: la realización de deseos inconscientes reprimidos y la angustia que producen las experiencias de la vida misma. El juego es para el niño un instrumento mediante el cual logra dominar ciertos acontecimientos que en su día fueron angustiosos para él (citado en Monroy Antón et al., 2011).

Freud vinculo el juego a la expresión de instintos, más concretamente, al instinto del placer. Para Freud sueño y juego simbólico permiten un proceso de realización de deseos insatisfechos y estos símbolos lúdicos proporcionan una oportunidad de expresión a la sexualidad infantil, similar a lo que el sueño le proporciona al adulto.

Freud se vio obligado a modificar su teoría y reconoció, que en el juego actúan también las experiencias reales no solo las proyecciones del inconsciente y la realización de deseos. La presencia repetitiva de aquellas experiencias que habían sido desagradables o traumáticas requería de otro principio que el del placer (citado en Monroy Antón et al., 2011).

En las experiencias desagradables en la situación lúdica, los acontecimientos no le dominan si no que son dominados. De espectador pasivo, el niño/a se convierte en actor y representa sus aspectos negativos, traumáticos (citado en Monroy Antón et al., 2011).

Por su parte, Winnicott ofrece una explicación distinta: el juego es un área intermedia entre la pura subjetividad y la experiencia de relación con el otro. Es lo que denomina como un “objeto transicional”, algo interno y externo a la vez y que, además de constituir un proceso fundamental de encuentro con la realidad en la niñez, ha de jugar un papel muy importante en la edad adulta (Winnicott, 1971).

El autor explica que los recién nacidos tienden a usar el puño, los dedos, los pulgares, para estimular la zona erógena oral, para satisfacer los instintos de esa zona. Las madres

les ofrecen algún objeto, esperando que se aficionen a él. Existe una relación entre estos dos grupos de fenómenos, separados por un intervalo de tiempo (Winnicott, 1971). Se introducen los términos , “objetos transicionales” y “fenómenos transicionales” para designar la zona intermedia de experiencia , entre el pulgar y el osito , entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto , el parloteo del bebe y la manera en que un niño mayor repite un repertorio de canciones mientras se prepara para dormir , se ubican en la zona intermedia , como fenómenos transicionales , junto con el uso que se hace de objetos que no forman parte del cuerpo del niño, aunque todavía no se los reconozca del todo como pertenecientes a la realidad exterior (Winnicott, 1964).

De cada individuo que ha llegado a ser una unidad, con una membrana limitante, y un exterior y un interior, puede decirse que posee una realidad interna, un mundo interior; la tercera parte de la vida de un ser humano, es una zona intermedia de experiencia a la cual contribuyen la realidad interior y la vida exterior. El enfoque tiene que ver con la primera posesión, y con la zona intermedia entre lo subjetivo y lo que se percibe en forma objetiva, entre la “realidad psíquica interna” y “el mundo exterior tal como lo perciben dos personas en común”, es decir, a todo el campo cultural (Winnicott, 1964).

Un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad, si no existe una madre lo bastante buena, es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de este y que las disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración. La tarea principal de la madre, aparte de ofrecer la oportunidad para una ilusión, consiste en desilusionarlo. En principio podemos decir que el juego resulta a primera instancia preocupante para el niño, pero luego se transforma en una región difícil de abandonar (Winnicott, 1964).

Esta zona de juego no es una realidad psíquica interna sino que se encuentra fuera del individuo, pero no es el mundo exterior. En ella el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior, al jugar manipula fenómenos exteriores al servicio de los sueños (Winnicott, 1971).

Hay un desarrollo que va desde los fenómenos transicionales al juego compartido. Comenzará a descubrir él mismo su propio juego y con los otros necesitando una confianza para poder realizarlo comprometiendo su propio cuerpo debido a la manipulación de objetos. En estos se vinculan extremadamente la excitación corporal que amenaza a cada instante al juego y también a los sentimientos del niño de que existe como persona (Winnicott, 1971).

Los instintos son el principal peligro tanto para el juego como para el “yo” ya que algún agente exterior explota los instintos del niño. En esencia, el juego es satisfactorio. Esto es así cuando conduce un grado de ansiedad, la cual en un momento resulta insoportable para el niño destruyendo el juego, llevándolo a la culminación frustrada con un sentimiento de confusión mental (Winnicott, 1971).

Una confusión alternativa como por ejemplo la provocación de la reacción de los padres, nos lleva a decir que el juego llega a un punto de saturación debido a la acumulación de experiencias. El juego ha sido vinculado con la masturbación y con las distintas experiencias sensoriales. Cuando presenciamos algún tipo de juego nos preguntamos cual es la excitación física relacionado con el tipo de juego que estamos observando. Cuando el niño juega y no existe el elemento masturbatorio o la excitación física el juego queda totalmente eliminado. Existe una diferencia entre el sustantivo “juego” y el verbo “jugar” (Winnicott, 1971).

El jugar tiene un lugar y un tiempo no se encuentra adentro según acepción alguna, tampoco está afuera, es decir no forma parte del mundo repudiado, el no “yo” lo que al individuo le ha costado mucho reconocer. Para dominarlo es necesario hacer cosas, podemos decir que jugar, es hacer. Para asignar un lugar al juego el autor postulo la existencia de un espacio potencial entre el bebe y la madre, que varía en gran medida según las experiencias vitales de aquel en relación con esta figura materna y su enfrentamiento con el mundo interior y la realidad exterior (Winnicott, 1971).

Antes que Winnicott desarrollara su teoría sobre el jugar, muchos psicoanalistas habían ya investigado y trabajado acerca del juego de los niños. Pfeifer (1919), que se había dedicado a la observación psicoanalítica de niños, llegó a la conclusión de que la sexualidad auto erótica del niño se manifestaba en sus juegos. Ya Freud (1905) había reparado en la sexualidad de los niños, y en su carácter traumatizante, en tanto energía que no encontraba una descarga satisfactoria, debido a la inmadurez del organismo infantil. Planteaba entonces una experiencia reguladora y ordenadora -por la que atraviesa toda persona en la primera infancia- que denominó complejo de Edipo, en la que confluyen ciertas ideas, sentimientos, emociones e impulsos sexuales del niño en relación a sus padres. Bajo la amenaza de la castración de sus genitales, éste intenta borrar dicha economía afectiva de su conciencia mediante el mecanismo de la represión, mecanismo por el cual, dichas representaciones quedarían excluidas de la conciencia, a pesar de lo cual habrán de retornar en lo sucesivo mediante diversas formaciones psíquicas que tenderán a recuperar aquellos deseos e impulsos libidinales de la época infantil. A estas formaciones psíquicas, que se observan en la

vida cotidiana de todo individuo, se las denominó formaciones del inconciente: los sueños, los síntomas, los actos fallidos, chistes y olvidos (Freud, 1905). Entonces Pfeifer (1919), incluyó al juego en esta serie de formaciones del inconciente que Freud había revelado; en tanto goza -al igual que dichas series psíquicas- de un mecanismo por el cual se representa la sexualidad infantil y el atravesamiento por el complejo de Edipo, y se procura el cumplimiento de un deseo infantil. Pfeifer anticipaba así algunas ideas de Melanie Klein, para quien las fantasías sexuales encontraban representación y abreacción en el juego. Klein(1955) concebía al juego como una traducción deformada de las fantasías, (al igual que los pensamientos del sueño se expresan en imágenes). De este modo, cuando existía una represión exagerada de las fantasías sexuales, se producía una inhibición en el juego de los niños. Entonces, en los tratamientos de niños, ella trataba a los juegos como equivalentes de las asociaciones de los adultos. Los niños jugaban, ese era el lenguaje que podían hablar, y ella, como adulta-analista, mantenía una neutralidad absoluta respecto del juego, aportando solamente interpretaciones verbales, interpretando las fantasías que subyacían en dichos juegos.

Klein (1955) inventó, entonces, una técnica del juego, que describió en su texto de "La técnica psicoanalítica del juego"(Klein, 1955). Más adelante Winnicott (1971), dirá que los bebés, incluso antes de su nacimiento, juegan espontáneamente y esto será la base para pensar al juego de los niños como proceso que se desarrolla en condiciones normales y no como producto a interpretar.

Otro fue el caso de Hug Hellmuth (1922), antecesora y maestra de Anna Freud; para quienes los tratamientos analíticos de chicos, debían tener una finalidad educativa y curativa, ya que consideraban imposible la tarea de psicoanalizar a un niño en el modo habitual como se pensaba al psicoanálisis para pacientes adultos. En ese sentido, el juego, dentro de los tratamientos, era considerado un medio para establecer contacto con el niño, para interesarlo en el tratamiento y para comunicarse con su inconciente. Así, a diferencia de Klein, que aplicaba el método psicoanalítico a los niños, de acuerdo con su técnica, Hug Hellmuth introducía ella misma el juego en las sesiones con niños -dirigiéndolo y decidiendo su tema, personajes y desarrollo-, adoptando una perspectiva manipuladora (Monroy Antón et al., 2011).

Sólo a partir del jugar, la persona puede ser creativa (Winnicott, 1971). Dice que el juego es una experiencia siempre creadora y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida. Es decir que vivir creativamente implicaría conservar ese núcleo intacto y no someterse a lo establecido por los demás. Sin embargo para

jugar, para poder comunicarnos y compartir con los demás, es preciso resignar una cuota de esa individualidad (Winnicott, 1971).

Entonces lo creativo y lo lúdico están estrechamente ligados entre sí y enmarcados en esa tensión entre lo propio y lo ajeno; entre lo que he creado y lo que me fue dado (Winnicott, 1971).

2.13.7. *Teorías antropológicas, culturales y sociales*

Bateson (1954) identifica en el juego una plataforma para el ejercicio de habilidades meta comunicativas. Todo lo que viene dicho en el contexto “estamos jugando”, asume un significado no literal que consiste en comunicar algo que no existe. Así aprende la meta comunicación que posteriormente usará en otros ámbitos que no son el juego (Bateson, 1954).

En este caso, lo más importante es la función socializadora y cultural del juego. Vygotsky (1987) considera que el juego no nace del placer, sino de las necesidades y frustraciones del niño, las cuales en gran parte vienen dadas por su situación social. El niño siente una necesidad de acción siempre que hay una necesidad no cubierta. Por el contrario, en una sociedad en la que lograrse satisfacer todos sus deseos de forma inmediata, nunca tendría lugar la aparición del juego (Vygotsky, 1987).

Según Vygotski es a través del juego que el niño construye su aprendizaje y su propia realidad social y cultural. Jugando con otros niños amplía su capacidad de comprender la realidad de su entorno social natural aumentando continuamente la "zona de desarrollo próximo". La "zona de desarrollo próximo" es "la distancia entre el nivel de desarrollo cognitivo real, la capacidad adquirida hasta ese momento para resolver problemas de forma independiente sin ayuda de otros, y el nivel de desarrollo potencial, o la capacidad de resolverlos con la orientación de un adulto o de otros niños más capaces". La zona de desarrollo real es lo que yo sé hacer, y el potencial es lo que podría llegar a hacer con ayuda, entonces pasaría a la zona de desarrollo próximo (Vygotsky, 1987).

Vygotski (1988) otorgó al juego, como instrumento y recurso socio-cultural, el papel gozoso de ser un elemento impulsor del desarrollo mental del niño, facilitando el desarrollo de las funciones superiores del entendimiento tales como la atención o la memoria voluntaria. Vygotski analiza, el desarrollo evolutivo del juego en la Edad Infantil destacando dos fases significativas:

1. primera fase, de dos a tres años: los niños juegan con los objetos según el significado que su entorno social más inmediato les otorga.

Esta primera fase tendría, a su vez, dos niveles de desarrollo.

- En el primero, aprenden lúdicamente las funciones reales que los objetos tienen en su entorno socio-cultural, tal y como el entorno familiar se lo transmiten.
- En el segundo, aprenden a sustituir simbólicamente las funciones de dichos objetos.

Han aprendido, en consonancia con la adquisición social del lenguaje, a operar con significados.

2. segunda fase, de tres a seis años: fase del "juego socio-dramático". Ahora se despierta un interés creciente por el mundo de los adultos y lo "construyen" imitativamente, lo representan.

De esta manera avanzan en la superación de su pensamiento egocéntrico y se produce un intercambio lúdico de roles de carácter imitativo que, entre otras cosas, nos permite averiguar el tipo de vivencias que les proporcionan las personas de su entorno próximo. Juegan a ser la maestra, papá o mamá, y manifiestan así su percepción de las figuras familiares próximas. A medida que el niño crece el juego dramático, la representación "teatral" y musical con carácter lúdico, podrá llegar a ser un excelente recurso psicopedagógico para el desarrollo de sus habilidades afectivas y comunicativas (Vygotsky, 1987).

Dentro de estas teorías culturales, Sutton-Smith (1994), defiende que el juego nace en cada cultura como medio para asegurar la transmisión de sus valores e ideologías propias (Sutton Smith, 1994).

La necesidad de jugar permanece en el adulto y se manifiesta en diferentes modalidades, transformando las posibilidades simbólicas en actividades creativas de escritura, deportivas, musicales y artísticas. Dicha necesidad corresponde al deseo de probarse, de suspender las consecuencias de las acciones, a través de la función de moratoria del juego (Bruner, Jolly & Silva, 1981).

Mead (1962) analiza el juego como una de las condiciones sociales en las que emerge el Sé. El autor se refiere principalmente al juego simbólico y los procesos de asunción de roles, que no son sino medios para imaginarse a sí mismo como si fuera otra persona. Jugando, el niño se confronta con otros, identificando semejanzas y diferencias. También le permite tomar una perspectiva distinta, que sería la del personaje con el que se identifica. La asunción de un papel provoca respuestas en sus interlocutores, que le

proporcionan el material necesario para redefinir su capacidad de asumir los puntos de vista de los demás. Así se crea un proceso de acción y reacción, afianzando los conceptos del “Sé” y del “Otro” (citado en Monroy Antón & Sáez Rodríguez, 2011).

2.13.8. *Teoría cognitiva*

Bruner, Jolly & Silva (1976) analizan la relación entre el juego y las estrategias de resolución de problemas. Se hicieron estudios con niños de edad preescolar en diferentes contextos para comprobar cuáles eran las situaciones más eficaces desde el punto de vista social y cognitivo presentes en ellos. Concluyeron que las actividades más estructuradas presentan un mayor grado de complejidad cognitiva y pueden ser propuestas a los niños para motivarles a la búsqueda y la investigación de estrategias de resolución de problemas. Sin embargo, las actividades menos estructuradas, como pueda ser una pelea ficticia, requieren habilidades sociales y son más indicadas para desarrollar este aspecto (citado en Monroy Antón et al., 2011).

Las teorías anteriores tenían en consideración sobre todo las funciones del juego en el desarrollo infantil de construir significados. Otros investigadores, como Mead y Bateson se han centrado en la función del juego en la realidad interpersonal, mientras que Bruner ha examinado la potencialidad del juego en los procesos de aprendizaje. Uno de los autores más conocidos en la bibliografía existente sobre los juegos es Piaget (1926). Para él, el juego tiene como función la de consolidar las estructuras intelectuales del hombre a medida que se van adquiriendo. El niño comienza a jugar como medio de desarrollarse psíquicamente, y las distintas etapas por las que pasa su inteligencia se relacionan ineludiblemente con las etapas del juego (citado en Monroy Antón et al., 2011).

Jugar se convierte, por tanto, en un medio para comprender el funcionamiento de las cosas. Una función similar a la que defiende Bruner (1976), para quien el juego es una especie de guía del desarrollo.

Para Piaget (1926), en su teoría del desarrollo, es parte de la formación del símbolo. Igual que la imitación, el juego tiene una función simbólica, permite al niño enfrentarse a una realidad imaginaria que, por una parte tiene algo en común con la realidad efectiva, pero por otra parte, se aleja de ella. Así practican mentalmente situaciones no presentes en la realidad. El juego está dominado por la asimilación, un proceso mental por el que los niños adaptan y transforman la realidad externa en función de sus propias motivaciones y de su mundo interno. Las dos principales funciones son: consolidar habilidades adquiridas mediante la repetición y reforzar el sentimiento de poder cambiar de manera efectiva el mundo (Piaget, 1926).

Una perspectiva "activa", en la que el juego y los juguetes son considerados como "materiales útiles" para el desarrollo psicomotor, sensorio motor, cognitivo, del pensamiento lógico y del lenguaje en el niño, abriría de forma inmediata el camino de Piaget (1926) para la elaboración de una Teoría estructuralista del juego. Cuando el bebé se chupa el pulgar, desde el segundo mes, o agarra los objetos, en torno a los cuatro o cinco meses, cuando después los agita o aprende a lanzarlos, está poniendo en marcha dos tipos de mecanismos (Piaget, 1926). Los de acomodación, ajuste de los movimientos y de las percepciones a las cosas, y otro de asimilación de esas mismas cosas a la comprensión de su propia actividad. El juego infantil es sencillamente producto de la asimilación, haciendo participar como "elemento asimilador" a la "imaginación creadora".

Después de haber aprendido a coger, agitar, arrojar, balancear, etc., finalmente el niño agarra, balancea, etc., por el mero placer de lograrlo, por la sencilla felicidad de hacer este tipo de cosas y de ser la causa de esas acciones. Repite estas conductas sin que le supongan un nuevo esfuerzo de asimilación y por mero "placer funcional". Se trata del "juego de ejercicio"(Piaget, 1926).

En la medida que se desprende de la acomodación sensorio-motora y con la aparición del pensamiento simbólico en la edad infantil (de 2 a 4 años), hace su aparición la ficción imaginaria y la imagen se convierten ahora en símbolo lúdico. A través de la imagen que el niño tiene del objeto lo imita y lo representa. Aparece así "el objeto símbolo", que no sólo lo representa sino que, también, lo sustituye. Un palo sobre el que se cabalga, representa y sustituye a la imagen conceptual del corcel, que en realidad es un caballo ligero de gran alzada. Se produce entonces un gran salto evolutivo: desde el plano sensorio-motor hemos pasado al pensamiento representativo.

De este modo el niño no sólo asimila la realidad sino que la incorpora para poderla revivir, dominarla o compensarla.

Con los inicios de la socialización, hay un debilitamiento del juego propio de la edad infantil y se da el paso al juego propiamente preescolar, en el que la integración de los otros constituye un colectivo lúdico en el que los jugadores han de cumplir un cierto plan de organización, sin el cual el juego no sería ciertamente viable. Se trata, finalmente, del "juego de reglas" (Piaget, 1973).

Los juegos sensorio-motores comienzan desde los primeros meses y cómo a partir del segundo año hace su aparición el juego simbólico, será a partir de los cuatro años y hasta los seis, en un primer período, y de los seis a los once, en un segundo período más

complejo, cuando se desarrollan los juegos de reglas. Y así como el símbolo reemplazó al ejercicio, cuando evoluciona el pensamiento preescolar y escolar, la regla reemplaza al símbolo. Estos juegos de reglas van a integrar y combinar todas las destrezas adquiridas: combinaciones sensorio-motoras (carreras, lanzamientos, etc.) o intelectuales (ajedrez) con el añadido de la competitividad (sin la que la regla no sería de utilidad) y bajo la regularización de un código normativo vinculado a la naturaleza del propio juego o por simples pactos puntuales e improvisados.

La regla, sostiene Piaget (1973) tan diferente del símbolo como puede serlo éste del simple ejercicio, resulta de la organización colectiva de las actividades lúdica. Así las reglas incluirán además, en la edad del colegio, esa otra exigencia, la de la victoria o la derrota, la de la competitividad.

Al principio los jugadores suelen ser pocos y las alteraciones de las normas muchas. Pero con el paso a la escolaridad se irá alcanzando un equilibrio sutil entre el principio asimilador del Yo, que es consustancial a cada juego y la adecuación de éste a la vida lúdico-social (Piaget, 1973).

2.13.9. *Teoría ecológica*

Bronfenbrenner (1978) defiende que el juego está condicionado por los distintos niveles ambientales o sistemas existentes en el entorno del niño. La persona es para él un sistema que encaja dentro de otro, y así sucesivamente, estableciéndose relaciones recíprocas entre todos esos sistemas de forma que, si cambiase un solo elemento, cambiaría todo el conjunto.

2.14. El Juego de Azar Patológico y los Criterios Diagnósticos

Partiendo de los criterios de clasificación tradicional de la psiquiatría, es factible afirmar la presencia del “juego de azar patológico” cuando existe una conducta persistente, recurrente y desadaptativa, esto es cuando la conducta de juego provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, provocando consecuencias importantes sobre la vida personal, social y laboral del jugador (DSM-V, 2014).

El concepto de “adicción al juego de azar” es reconocido a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición [DSM-III] (1980),

como una nueva categoría diagnóstica y, por ende, un trastorno psiquiátrico independiente.

El juego de azar patológico está clasificado como parte de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. El DSM-V (2014) brinda 9 sub-criterios comportamentales para el diagnóstico de Juego Patológico: Si la persona presenta como mínimo cuatro de los siguientes síntomas, durante un período de 12 meses, se la considera jugador patológico:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
 2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
 3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
 4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. Reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
 5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej. desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
 6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar ("recuperar" las pérdidas).
 7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
 8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
 9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.
- B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

Figura 5: Criterios del DSM-V para el diagnóstico de Juego patológico.

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana. (2014).

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.).

Además, el juego patológico fue introducido como una entidad morbosa en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión [CIE-10] (1992), lo considera como un trastorno en el control de los impulsos. Las diferencias en cuanto a la clasificación del DSM-V, son que en la primera los "Trastornos de los hábitos y del control de los Impulsos" conforman un apartado dentro del capítulo denominado "Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto" (Saiz & Ibáñez, 1999).

Además, se incluye en subapartados dedicados a los Trastornos de la Personalidad y los Trastornos de la Identidad, Inclinação y Orientación Sexuales. El Trastorno Explosivo Intermitente no se considera como esa entidad nosológica, incluyéndose también en el epígrafe genérico de "Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos" [CIE-10] (1992).

Palumberi&Mannino (2008), sostienen que el jugador patológico posee una dependencia hacia el juego, ya que aumenta fuertemente el tiempo que pasa jugando, aumenta la frecuencia de las apuestas y la inversión económica, mientras que en el intento de recuperar las pérdidas, se invierte más de lo que la propia economía permite, descuidando los compromisos cotidianos. A veces, la experiencia del azar es descrita como exaltante, siendo evidenciadas modificaciones fisiológicas y psicológicas importantes, como tensiones musculares, palidez, sudoración, excitación psicomotriz percibida como gratificante, etc. (Palumberi&Mannino, 2008).

A su vez, existen diversas tipologías de jugadores y distintos niveles de juego, no representando categorías independientes, sino extremos de un continuum único. Algunos jugadores no experimentan los aspectos problemáticos ligados al juego, pero otros desarrollarán una conducta problemática que tendrá consecuencias graves en sus vidas. Sin embargo, mientras no exista una distinción unívoca, se deben distinguir entre jugadores de azar y jugadores patológicos. A muchos sujetos les resultan entretenimientos agradables los juegos de azar, a veces ocasionales o habituales, no siendo el juego necesariamente patológico, ya que no es la cantidad el factor determinante del problema (Palumberi&Mannino, 2008).

Dickerson (1993) señala que el jugador social es capaz de limitar las pérdidas y abandonar el juego cuando lo desea, dejando en ocasiones de jugar cuando gana. Estas personas juegan solo por diversión, para pasar el tiempo o relajarse, desean ganar, prefieren juegos más lentos, se sienten atraídos por el riesgo permaneciendo capaces de dejar de jugar. Siguiendo este planteamiento, Custer (1984) sostiene que el jugador social puede dejar de jugar en cualquier momento, siendo lo más importante para él otros aspectos de su vida.

El concepto de “juego problemático” es considerado por una serie de comportamientos, como el desperdicio de mucho dinero, las ausencias al colegio o trabajo, los resultados escolásticos o profesionales escasos, las dificultades relacionales, los robos, las mentiras, la Depresión, el uso de sustancias, etc. Como una línea continua, estos comportamientos pueden considerarse que se extienden de casos menos graves a casos más graves (Palumberi&Mannino, 2008).

El “juego patológico” es el término utilizado para indicar el caso más grave. En una persona que posee adicción al juego, el impulso de jugar se torna una necesidad incontrolable, estando acompañada por una tensión emocional intensa y careciente de un pensamiento reflexivo y lógico (Palumberi&Mannino, 2008).

El autoengaño y los razonamientos son los instrumentos de control de la culpa, alimentando círculos viciosos de autodestrucción que fomentan dichos comportamientos. Generalmente, luego de una primera fase caracterizada por ganancias emocionantes, la persona busca otras victorias, aumentando la cantidad de jugadas y apuestas, esto es la persecución de las pérdidas. El estado mental es diferente en un jugador patológico y en un jugador constante adicto, caracterizándose el primero por la meta de lograr una condición parecida a la embriaguez. El jugador se encuentra absorbido por el juego en su totalidad, se modifica la percepción temporal, se reduce un bloque de tiempo. Con frecuencia, la tendencia a lograr un estado alterado de la conciencia, hasta lograr un estado de trance hipnótico, se encuentra favorecida por el consumo de alcohol o de otras sustancias que favorecen la pérdida de control del comportamiento (Palumberi & Mannino, 2008).

Podíamos pensar que el juego en el niño equivale al trabajo en el adulto; en él reafirma su personalidad. No obstante, el juego de los adultos puede resultar conflictivo, en principio, y más allá de los criterios del DSM V (APA, 2014) o la CIE-10 (OMS, 1992) en relación con las conductas adictivas, podríamos decir que una actividad de juego se ha convertido en patológica cuando aparecen la dependencia psicológica y los efectos perjudiciales (Echeburúa, 1999; Griffiths 2000; Sánchez- Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro & Oberst, 2008; Washton & Boundy, 1989). En este sentido una “adicción conductual”, similar a la adicción a ciertas sustancias. La dependencia psicológica se manifiesta a través del deseo, ansia o pulsión irresistible (craving); la polarización o focalización atencional; la modificación del estado de ánimo (sensación creciente de tensión que precede inmediatamente al inicio del cambio de conducta del probable futuro dependiente, ya sea, placer o alivio o incluso euforia mientras se mantiene esa conducta; agitación o irritabilidad si no es posible satisfacerla), y la pérdida de control e impotencia (Echeburúa, 1999; Griffiths 2000; Sánchez- Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro & Oberst, 2008; Washton & Boundy, 1989).

En la adicción a sustancias pueden existir otros síntomas como la tolerancia y la abstinencia, la negación, la ocultación y/o minimización del problema, el sentimiento de culpa, la disminución de la autoestima y el riesgo de recaída y de que la adicción eche raíces. Si se aplican estos criterios a la conducta de jugar, cabría suponer que todo tipo de juego podría llegar a ser adictivo, ya que la patología no radica tanto en el objeto de la adicción sino en el sujeto que la manifiesta (Mattioli, 1989). En este sentido cualquier juego, desde el más inocente al aparentemente más dañino, podría llegar a constituirse en objeto de adicción para ciertas personas. Sin embargo, existe un tipo de juego que los

especialistas reconocen potencialmente muy adictivo: el juego de azar con recompensa económica. La patología relacionada se denomina hoy juego patológico (APA, 2014) o ludopatía (OMS, 1992). Además, en la actualidad se ha convertido en tema de interés científico la posibilidad de adicción a juegos sin recompensa económica, los juegos de rol online, llamados Massively Multiplayer Online Role Playing Games (MMORPG) (citado en Echeburúa, 1999). Estos juegos son claros exponentes de lo que puede suceder cuando jugar se convierte en adicción. En estos casos se pierde la dimensión gratificante antes mencionada, y se abunda en un malestar psicológico que es a la vez causa y consecuencia de la adicción (citado en Echeburúa, 1999).

2.15. Asociación con otros trastornos

Frecuentemente el juego patológico está asociado a otros trastornos. En contra de lo que apuntan el lobby del juego y algunas corrientes de la psicología de la personalidad, no es necesario padecer un trastorno mental o un trastorno de personalidad para llegar a ser adicto. Sí que hay circunstancias en la vida de una persona que pueden hacerla más vulnerable o más segura frente a los posibles problemas. Estados depresivos, de ansiedad, sentimientos de soledad o de pérdida pueden hacer que una persona recurra al juego o al consumo de sustancias para lograr el bienestar. Otros trastornos pueden ser simultáneos o paralelos. El consumo de alcohol puede desarrollarse en paralelo al del juego. A más alcohol más juego y al revés. Por último, algunos trastornos son consecuencia de la conducta adictiva. Un jugador puede caer en una profunda depresión al ser consciente de las consecuencias económicas, familiares, legales, etcétera, que le ha provocado el juego. Lo que sabemos hasta el momento es que las personas que solicitan tratamiento por su adicción a Internet suelen tener también otros trastornos psiquiátricos (Shapira, Goldsmith, Keck Jr, Khosla & McElroy, 2000; Shapira, Lessig, Goldsmith, Szabo, Lazoritz et al., 2003).

Los datos de los expertos en la materia (Griffiths, Davies & Chappell, 2003, 2004) confirman que la mayoría de los jugadores, pese a dissociarse en mayor o menor medida, son personas con una vida social plenamente normal. El estereotipo tan difundido del jugador como un ser solitario, introvertido o asocial (Douse & McManus, 1993) es falso en la inmensa mayoría de los casos (Cole & Griffiths, 2007). Muchos jugadores valoran especialmente la interacción con otras personas a través del juego; es decir, el factor socializante que el juego proporciona (Cole & Griffiths, 2007).

La complejidad que alcanza el juego compulsivo socialmente condicionado hace que una de las formas en que han sido abordadas dichas prácticas sean sobre los efectos,

bajo la forma de una terapia de choque a las personas ludópatas y de manera individualizada, más que desde un análisis de fondo que trate de sus condiciones de emergencia. De ahí que sea abundante la literatura sobre la "patología del juego", dando a entender que el juego es una enfermedad o una dependencia centrada en la personalidad (Becoña, 1993; Bombí, 1992; Custer, 1984; Echeburúa, 1992; González Ibañez, 1989; Rosenthal, 1987).

2.16. Factores Orgánicos en el Trastorno de los Impulsos

Aunque la impulsividad juega un papel importante en la conducta humana normal, es frecuente observarla en individuos con algún tipo de trastorno psiquiátrico. La impulsividad es un déficit nuclear en muchos trastornos psiquiátricos:

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Solanto, 2002)
- Trastorno de la personalidad (Mulder et al., 1999),
- Trastornos de la conducta (Dougherty et al., 1999),
- Abuso de sustancias (Allen et al., 1998),
- Conducta agresiva (Barrat et al., 1999),
- Trastorno bipolar (Swann et al., 2001),
- Suicidio (Corruble et al., 1999).

Caso Phineas Gage

El ejemplo más famoso de conducta impulsiva es el caso de Phineas Gage, un trabajador del ferrocarril, que en 1848 sufrió daño extremo en el córtex orbito frontal, cuando una barra de hierro se proyectó a través de su cráneo, después de una explosión accidental. Gage sobrevivió sorprendentemente al accidente y, aparentemente, sin secuelas. Sin embargo, pronto se observó el profundo cambio de personalidad que sufrió con inclusión de conductas inapropiadas e impulsivas. Las lesiones cerebrales de Gage fueron estudiadas mediante técnicas de neuroimagen por Damasio y sus colaboradores, tras bastantes años de su muerte e inhumar el cadáver (citado en Damasio et al., 1994).

El caso de Phineas Gage es un caso extremo. Por fortuna, habitualmente los casos en los que se manifiesta una conducta impulsiva suelen ser mucho menos graves. Además, suelen ser casos en los que no existe una lesión cerebral aparente. Sin embargo, los estudios realizados en pacientes con lesiones cerebrales han sido muy útiles para localizar las regiones cerebrales relacionadas con esta característica de la personalidad (citado en Damasio et al., 1994).

Las regiones orbitales y ventromediales están implicadas en aspectos distintos de la impulsividad, tanto de la respuesta como de las elecciones impulsivas (Damasio et al., 1994; Winstanley et al., 2006). Las regiones orbitales (COF) y ventromediales (CPFVM) del córtex pre frontal presentan conexiones con muchas estructuras subcorticales y están implicadas en la cognición de orden superior. En general, los individuos con lesiones en el COF y CPFVM son más impulsivos, que aquellos individuos que no presentan tales lesiones (Damasio et al., 1994; Bechara et al., 1998). Una de las medidas de la conducta impulsiva es el test de "gambling" (Bechara et al., 1997). Los pacientes con lesiones en el COF realizan siempre elecciones de riesgo y eligen siempre aquellas opciones que les producen grandes ganancias a corto plazo pero que inevitablemente les suponen también pérdidas superiores a largo plazo.

2.16.1. Estructuras Subcorticales

- **Amígdala:** El núcleo baso lateral de la amígdala (BLA) es un punto nodal importante en las conexiones límbicas cortico-estriadas, que incluyen también el núcleo accumbens. La amígdala tiene un papel muy importante en el procesamiento emocional de los estímulos y por ello puede guiar la conducta dirigida a objetivos (Shoenbaum et al., 2000). Las lesiones del BLA producen un aumento en las decisiones de tipo impulsivo, e impiden que el animal recuerde cuál de las opciones de respuesta producían una recompensa mayor. Es decir, el BLA codifica el valor incentivo de un estímulo (Winstanley et al., 2004).
- **Núcleo Accumbens:** Las lesiones del núcleo accumbens (NAc) producen un aumento de las conductas impulsivas. La función del NAc en la impulsividad se ha estudiado en roedores mediante una tarea en la que la conducta impulsiva se define como la elección de una recompensa pequeña pero inmediata frente a una mayor pero más tardía (Cardinal et al., 2001).

Según Saiz & Ibáñez (1999), diversos estudios han señalado el papel de la organicidad en los Trastornos del Control de los Impulsos, principalmente en los que muestran un comportamiento violento:

- Se ha observado experimentalmente la asociación de áreas cerebrales diversas, fundamentalmente el sistema límbico, con los comportamientos impulsivos y violentos, siendo esto abordado principalmente en el trastorno explosivo intermitente. Entre los factores predisponentes, se engloban traumas perinatales, crisis comiciales infantiles, traumatismos craneales, encefalitis, disfunción cerebral mínima e hiperactividad.

- Se ha descrito la acción posible de hormonas como la testosterona en los comportamientos impulsivos y violentos, aunque la implicación de esta hormona parece relacionarse más con la agresividad que con la Impulsividad.
- Se ha estudiado una relación entre la epilepsia del lóbulo temporal y los comportamientos impulsivos y violentos.
- Se han observado en algunas personas contrastornos en el control de los impulsos signos de disfunción cerebral mínima, como signos neurológicos menores, dominancia cerebral invertida o mixta, o contrariada, alteraciones inespecíficas en el EEG, hiperactividad y antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia (Saiz & Ibáñez, 1999).

Por su parte, en ludópatas se han descrito alteraciones diversas en el electroencefalograma, algunas de carácter inespecífico como el déficit en la diferenciación hemisférica, similar al encontrado en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Saiz & Ibáñez, 1999).

En otras investigaciones, se estudiaron alteraciones localizadas en los lóbulos frontales y temporales (Carlton, Manowitz, McBride, Nora, Schwartzburg & Goldstein, 1987).

Asimismo, autores como Carlton et al. 1987 y Rugle & Melamed (1993) afirman que los jugadores patológicos poseen una frecuencia de antecedentes mayor en la infancia de haber presentado comportamientos relacionados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y alteraciones en algunos test neuropsicológicos, que señalan una relación entre la Ludopatía, la Impulsividad y la falta de atención hallada en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De las exploraciones neuropsicológicas en jugadores patológicos, se encontraron resultados que sugieren la existencia de una hipo frontalidad en estos individuos (Rugle & Melamed, 1993).

A pesar de que se ha considerado el papel de determinados sistemas de neurotransmisión como el noradrenérgico y el dopaminérgico en la etiopatogenia de los comportamientos impulsivos, la hipótesis que posee más defensores es la que implica al sistema serotoninérgico: diversos hallazgos señalan la existencia de un déficit en la transmisión serotoninérgica como un elemento común en diversos trastornos del control de los impulsos (Virkkunen, Rawlings & Tokola, 1994).

Además, investigaciones realizadas en delincuentes con comportamientos violentos impulsivos y que poseían un alcoholismo tipo II, mostraron que la mayoría de dichos comportamientos se habían realizado bajo los efectos del alcohol, postulándose que estas personas poseían mayor predisposición a la acción hipoglucemiante inducida

por el alcohol, y que en el estado de hipoglucemia se encontraban irritables y agresivos (Virkkunen et al., 1994).

Investigaciones previas mostraron una tendencia a la hipoglucemia reactiva en personas impulsivas y una alteración en el test de la tolerancia a la glucosa, que consiste en la inducción de hipoglucemia tras la ingesta oral de glucosa (Virkkunen & Huttunen, 1982 citados en Saiz & Ibáñez, 1999).

A su vez, el déficit serotoninérgico a nivel central, interviene sobre el metabolismo de la glucosa y provoca alteraciones en la regulación del ritmo circadiano, aumentándola actividad diurna y un ánimo discretamente disfórico permanente (Virkkunen et al., 1994). En estas condiciones, la ingesta de alcohol provoca un incremento momentáneo de la liberación de serotonina, aliviando dicho humor disfórico, aunque la ingesta de alcohol crónica exacerbaría el déficit serotoninérgico (Ballenger, Goodwin, Major & Brown, 1979).

Diversos experimentos han permitido formular la hipótesis de la existencia de un síndrome deficitario de serotonina, como mecanismo subyacente en distintos trastornos en el control de impulsos, explicando la presentación asociada frecuentemente de varios de estos trastornos en la misma persona (Linnoila & Virkkunen, 1992). Este síndrome está caracterizado por un inicio precoz de comportamientos impulsivos y consumo de alcohol, un incremento en el riesgo de suicidio, una historia familiar de alcoholismo tipo II y características psicobiológicas, como los niveles bajos de 5-HIAA en LCR y la constatación de una hipoglucemia reactiva durante el test de la tolerancia a la glucosa (Virkkunen et al., 1994).

Se ha postulado como base etiopatogénica en los comportamientos impulsivos, una alteración en otros sistemas de neurotransmisión. Estudios sobre animales sugieren que un aumento en la actividad dopaminérgica lleva a un estado en el que el animal responde más impulsivamente a los estímulos ambientales (Blackburn, Pfaus & Phillips, 1992).

Además, el sistema gabaérgico, mediado por el ácido gamma amino butírico, un aminoácido con una acción inhibitoria sobre la neurotransmisión cerebral, y con efecto sobre la inhibición del comportamiento agresivo, podría estar alterado, favoreciendo el desencadenamiento de estos comportamientos (Blackburn et al., 1992).

Un estudio realizado en los niveles de ácido gamma amino butírico en el líquido cefalorraquídeo de Ludópatas, no mostró diferencias significativas respecto a un grupo control, y además no existían diferencias entre los jugadores considerando la presencia o no de sintomatología depresiva (Roy, Custer, Lorenz & Linnoila, 1988).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

3.1. Objetivo General

- Evaluar el grado de Impulsividad y el nivel de Depresión en ludópatas en comparación con el grupo control (no ludópatas).

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra, según variables sociodemográficas, a saber: edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral, convivientes entre otros.
- Describir el nivel de Depresión en personas Ludópatas.
- Describir el nivel de Depresión en personas no Ludópatas.
- Describir el nivel de Impulsividad en personas Ludópatas.
- Describir el nivel de Impulsividad en personas no Ludópatas.
- Examinar la relación entre la Impulsividad y la Depresión en las personas Ludópatas.

3.3. Hipótesis

H1: Se encontrarán mayores puntuaciones de Depresión e Impulsividad en Ludópatas en comparación con el grupo control (no Ludópatas).

3.4. Justificación y Relevancia

3.4.1. Teórica

El conocimiento de la prevalencia de la Depresión y la Impulsividad en jugadores compulsivos, sería útil para detectar si existe mayor incidencia de dichas variables sobre este tipo de patología.

Estos datos podrán aportar información a futuras investigaciones para establecer cuáles son los factores de mayor incidencia en y sobre la Ludopatía.

3.4.2. Práctica

Los datos brindados por la investigación permitirán el desarrollo de una adecuada planificación para la intervención y el tratamiento de la Ludopatía, debido a

una mejor comprensión de la misma, en relación con la modificación del comportamiento problemático.

3.4.3. Social

A partir de lo analizado en esta investigación, se podrán implementar políticas públicas que promuevan un mejor estilo de vida en las personas Ludópatas, así como también fomentar políticas preventivas de esta patología, en personas jugadoras y potenciales jugadores.

3.5. Tipo de estudio o diseño

Se realizó un estudio empírico de tipo descriptivo-comparativo, transversal con un abordaje cuantitativo.

3.6. Población

La muestra está compuesta por sujetos Ludópatas y no Ludópatas, de ambos sexos, residentes en Capital Federal y Conurbano Bonaerense de la Provincia de Buenos Aires. La selección de la zona geográfica se debió a la amplia oferta de salas de juego que existe en la misma.

La unidad de análisis es cada uno de los sujetos residentes en Capital Federal y Conurbano Bonaerense de la Provincia de Buenos Aires.

Como criterios de inclusión, al momento de la administración de los protocolos los sujetos deben:

- Poseer actitud patológica hacia el juego (aplicable sólo al 43% de la muestra). Este criterio se basa en el diagnóstico establecido sobre los sujetos, por los trabajadores que integran los centros Jugadores Anónimos, en los cuales fue tomada la submuestra.
- No poseer actitud patológica hacia el juego (aplicable al 57% restante de la muestra). Los sujetos de este grupo control no poseen diagnóstico clínico de ludopatía, y en las preguntas del protocolo que buscaban relevar ciertos indicadores relacionados con dicha problemática, no se halló alguno significativo.

3.7. Muestra

Se tomó una muestra no probabilística accidental simple compuesta por una submuestra de 60 personas que asisten a Jugadores Anónimos en los diferentes centros distribuidos en Capital federal y Conurbano Bonaerense de la Provincia de Buenos Aires. La misma fue realizada durante los meses Mayo de 2013 y Mayo de 2014.

La otra submuestra, 80 personas residentes en Capital Federal y/o Conurbano Bonaerense de la Provincia de Buenos Aires, que no presentan hasta la fecha de la toma antecedentes ni problemas actuales de Juego patológico. La misma fue realizada durante los meses Mayo de 2013 y Mayo de 2014.

3.8. Técnicas e Instrumentos

Se administró la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS - 11), adaptada al español por Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalban, & Mann (2001). Es una escala compuesta por 30 ítems que evalúan el grado de acuerdo con el ítem que tiene el evaluado, por medio de una escala tipo Likert de 4 puntos: raramente o nunca (0), ocasionalmente (1), a menudo (3) y siempre o casi siempre (4). Se puntúa con 0-1-3-4, excepto los enunciados 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 23 que lo hacen a la inversa (4-3-1-0). Dentro de los 30 ítems, además de la evaluación global de impulsividad, se evalúan tres sub-escalas:

- *Impulsividad Cognitiva* (4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), por ejemplo:

10. Pienso las cosas cuidadosamente.

- *Impulsividad Motora* (2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29), por ejemplo:

2. Hago las cosas sin pensarlas.

- *Impulsividad No Planeada* (1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 25, 28 y 30), por ejemplo:

1. Planifico mis tareas con cuidado.

No existen datos de los puntos de corte, pero se propuso que la mediana de la distribución es:

Puntuación total: 32,5

Impulsividad Cognitiva: 9,5

Impulsividad Motora: 9,5

Impulsividad no Planeada: 14.

Dicha escala posee un promedio del coeficiente alpha de Crombach de 0,8 y la fiabilidad test-retest es de 0,89.

En la validación española la equivalencia lingüística, la equivalencia conceptual y la equivalencia de la escala han sido correctas. La proporción de concordancia entre la versión inglesa y la castellana oscila entre 0,67 y 0,80. Por último se menciona que posee mayor valor la puntuación total que las de las sub-escalas (Oquendo et al., 2001).

Inventario de Depresión de Beck II [BDI-II] (Beck, Steer & Brown, 1996), es un instrumento de auto informe de 21 ítems, diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, & Vázquez, 2005).

En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, y tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Circunstancialmente sucede que la persona elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se toma la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem (Sanz et al., 2005). Coeficiente Alpha=.89.

No se realizó prueba piloto, ya que ambos instrumentos se encuentran validados, y se utilizaron fuentes primarias, con modalidad de auto informe.

3.9. Procedimiento

Se concurrió a los centros de Jugadores Anónimos ubicados en Capital Federal y Conurbano Bonaerense de la provincia de Buenos Aires, a los fines de solicitar la colaboración de quienes se encuentran asistiendo al centro de ayuda, con conciencia de enfermedad.

Para la muestra de personas no Ludópatas se realizó una selección no aleatoria de personas residentes en Capital Federal y/o Conurbano Bonaerense de la Provincia de Buenos Aires.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS

Descripción de las variables

Dimensiones de la Impulsividad (No Ludópatas)

Tabla I. Resúmenes estadísticos de Impulsividad de No Ludópatas (NL) y Ludópatas (L).

Variable	N		M		Md		DT		Min.		Max.	
	NL	L	NL	L	NL	L	NL	L	NL	L	NL	L
ImpulsividadCognitiva	80	60	16.39	18.70	16.00	18.00	3.22	4.96	9.00	8.00	25.00	33.00
ImpulsividadMotora	80	60	21.76	23.43	22.00	24.00	4.57	4.91	9.00	9.00	33.00	33.00
Impulsividadno Planeada	80	60	20.73	22.12	21.00	22.00	3.10	3.37	10.00	13.00	30.00	29.00
Impulsividad Total	80	60	58.25	66.25	59.00	67.00	5.20	5.26	30.00	30.00	90.00	102.00

Depresión

Tabla II. Resúmenes estadísticos de Depresión de No Ludópatas (NL) y Ludópatas (L).

Variable	N		M		Md		DT		Min.		Max.	
	NL	L	NL	L	NL	L	NL	L	NL	L	NL	L
Depresión	80	60	6.29	59.01	5.00	61.00	6.30	4.31	0.00	42.00	29.00	63.00

Cruce de variables

Análisis de valores extremos

Se realizó un análisis previo para determinar la existencia de valores extremos.

No se hallaron valores extremos.

Análisis de normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para todas las variables. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Ninguna de las variables posee distribución normal.

Análisis de correlaciones entre las variables

Tabla III. Correlaciones de la variable Impulsividad Motora.

	Impulsividad Motora	p
Tristeza	-.214	<.05
Pesimismo	-.237	<.01
Sensación de Fracaso	-.229	<.01
Descontento	-.269	<.01
Culpa	-.251	<.01
Disgusto por sí mismo	-.172	<.05
Autoagresión	-.195	<.01
Aislamiento Social	-.203	<.05
Indecisión	-,140	.103
Autoimagen	-.165	<.01
Dificultad para trabajar	-.206	<.01
Fatigabilidad	-.193	<.05
Anorexia	-.177	<.05
Sensación de castigo	-,149	.081
Autoacusaciones	-,140	.102
Períodos de llanto	-.267	<.01
Irritabilidad	-.062	.467
Disturbios en el sueño	-.232	<.01
Pérdida de peso	-.167	.052
Somatizaciones	-.183	<.05
Pérdida de la libido	-.161	.060
Depresión	-.176	<.05

Nota: coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron correlaciones significativas inversas entre la Impulsividad Motora y la Depresión y sus dimensiones, salvo con las dimensiones: Indecisión, Sensación de castigo, Autoacusaciones, Irritabilidad, Pérdida de peso y Pérdida de la libido.

No se hallaron correlaciones significativas entre la Impulsividad Cognitiva y la Depresión y sus dimensiones ni entre la Impulsividad no Planeada y dicho constructo con sus dimensiones.

Diferencias de grupos

Tabla IV. Diferencias grupales según la variable Depresión y Dimensiones de Impulsividad (Prueba U de Mann-Whitney)

Variable	No Ludópatas		Ludópatas		U	P	d de Cohen
	N	Rango	N	Rango			
		Promedio		Promedio			
Impulsividad Cognitiva	80	23.41	60	25.99	433.500	.059	0.502
Impulsividad Motora	80	22.77	60	23.68	388.500	.055	0.489
Impulsividad no Planeada	80	23.75	60	24.45	404.500	.073	0.513
Depresión	80	18.34	60	60.82	811.500	<.01	0.580

Se encontraron diferencias significativas entre ludópatas y no ludópatas en la variable Depresión. No se hallaron diferencias significativas en Impulsividad en ninguna de sus dimensiones.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

DISCUSIÓN

En este punto del estudio se pretende realizar una síntesis de los resultados obtenidos haciendo referencia a las hipótesis de trabajo formuladas en el capítulo III. Para ello, se relacionarán las hipótesis iniciales junto con los resultados, además de realizarse los comentarios oportunos en función de la literatura revisada.

Además se indica la correspondiente comparación de los resultados obtenidos con los estudios llevados a cabo por otros autores.

Finalmente, se indicarán ciertas limitaciones del estudio, así como propuestas para investigaciones futuras.

El objetivo de la presente investigación ha sido evaluar el grado de Impulsividad y el nivel de Depresión en una muestra de personas ludópatas en comparación con un grupo control (no ludópatas), residentes en Capital Federal y Conurbano Bonaerense de la Provincia de Buenos Aires. Se considera relevante conocer estos aspectos en población residente en dicha zona geográfica, debido a la amplia oferta de salas de juego que existe en la misma.

Para ello, se ha realizado un estudio empírico de tipo descriptivo-comparativo, transversal con un abordaje cuantitativo.

Los resultados indican que si bien la data del inicio en el juego de las personas ludópatas oscila entre el año y hasta los cuarenta años, los índices más altos se ubican a los diez y veinte años.

De la población no ludópata el 39% reconoce jugar habitualmente a juegos de azar, asistiendo a Bingos y o salas de Casino. En relación a esta característica Palumberi & Mannino (2008) señalan que algunos autores analizaron el juego como una actividad “sana” y como característica esencial de los individuos, no sólo en la edad infantil, asimismo Vygotski (1930), señala que el juego es una fuerza activa en la evolución cognitiva, afectiva y humana, y la necesidad de jugar permanece en el adulto y se manifiesta en diferentes modalidades.

Según Huizinga (1938), el juego no es el antagonista del trabajo, el cual es un elemento secundario de la cultura, sino que ejerce un rol importante en el desarrollo de la civilización, funcionando como “operador cultural”, es decir, una forma verdadera de cultura.

En esta misma dirección Palumberi & Mannino (2008), exponen que a muchos sujetos les resultan entretenimientos agradables los juegos de azar, a veces ocasionales o habituales, no siendo el juego necesariamente patológico, ya que no es la cantidad el factor determinante del problema.

Dickerson (1993) señala que el jugador social es capaz de limitar las pérdidas y abandonar el juego cuando lo desea, dejando en ocasiones de jugar cuando gana. Estas personas juegan solo por diversión, para pasar el tiempo o relajarse, desean ganar, prefieren juegos más lentos, se sienten atraídos por el riesgo permaneciendo capaces de dejar de jugar.

Custer (1984) sostiene que el jugador social puede dejar de jugar en cualquier momento, siendo lo más importante para él otros aspectos de su vida.

Finalmente, Mauss (1969) señala que el juego es una invención mental de las civilizaciones, siendo la experiencia lúdica un momento necesario de la vida, una dimensión capaz de brindar alegría y de liberar al sujeto de los vínculos y de la monotonía. Además postula que ciertos jugadores, no experimentan los aspectos problemáticos ligados al juego, pero otros desarrollarán una conducta problemática que tendrá consecuencias graves en sus vidas. Sin embargo, mientras no exista una distinción unívoca, se deben distinguir entre jugadores de azar y jugadores patológicos.

De las personas que no presentan juego patológico hasta la fecha, el 90% considera que los juegos de azar pueden resultar perjudiciales, asumiendo la posibilidad de que, quienes lo practican adopten una actitud patológica con respecto a él.

Según Palumberi & Mannino (2008), la Ludopatía registra un aumento y difusión constantes; sin embargo, las instituciones políticas y socio-sanitarias parecen subestimar su impacto. A pesar de esto, la Ludopatía constituye un serio problema psico-socio-sanitario para nuestra sociedad. El juego, de diversión simple, sano y de pasa tiempo puede convertirse en una verdadera enfermedad; el verdadero sentido del juego, lugar simbólico y separado de recreo, con el cual el individuo se construye y se descubre, experimenta la libertad y la creatividad, aprende reglas y roles, se transforma en esclavitud, obsesión, repetición. Según estos autores, el jugador patológico es un individuo incapaz de oponerse al impulso de jugar, a pesar de saber que su comportamiento compromete, destruye o daña sus relaciones personales matrimoniales, familiares y profesionales.

Asimismo, Custer & Milt (1985) describen tres fases progresivas de implicación en el juego: Fase de ganancia, Fase de pérdida y la Fase de desesperación, donde el juego alcanza ya una intensidad consumidora.

Por su parte autores como Jacobs (1989), y Griffiths (1990), hacen hincapié en los riesgos que pueden surgir de las nuevas formas de juego, los cuales involucran generalmente a los adolescentes.

El 88% de los ludópatas de la muestra tuvo recaídas durante el tratamiento. El 12% restante afirma encontrarse abstemios a esta actividad desde su ingreso al grupo de autoayuda.

Según González Saldain (2007), el jugador patológico padece de una enfermedad adictiva en que un impulso abrumador e incontrolable lo empuja a jugar.

Según Freud el sujeto debe renunciar a la satisfacción instintiva reconociendo el peligro real o negar la realidad y persuadirse de que no existe tal peligro y seguir con su satisfacción. De esta forma, aparece un conflicto entre la exigencia del instinto y la prohibición de la realidad. Debido a esto, responde con dos reacciones opuestas, pero efectivas: desecha cualquier prohibición y rechaza la realidad, mientras que reconoce su peligro. El resultado del temor a la castración debería ser que esa amenaza sea aceptada y respete la prohibición, es decir, abandonar parcial o totalmente la satisfacción del instinto (citado en González Saldain, 2007).

Considerando lo antedicho, las dos reacciones contrarias al conflicto continúan y acontecen en el tiempo como el eje de una escisión del yo. Las dos actitudes psíquicas coexisten dentro del yo, una considera la realidad, mientras que la otra la reniega y la reemplaza por una producción de deseo: jugar compulsivamente (González Saldain, 2007).

Echeburúa (2005), destaca los retos del futuro en el tratamiento de la Ludopatía, y resalta el hecho de que los instrumentos de evaluación del juego patológico actualmente disponibles, específicos (auto-informes, como el SOGS, o entrevistas clínicas, como el NODS) o más generales, son todavía muy limitados.

Los estudios sobre terapia del juego patológico demuestran que este cuadro clínico responde bien a los tratamientos ofertados, con unas tasas de éxito entre el 50% y el 80% de los casos tratados en un seguimiento a largo plazo (Echeburúa, 2005).

Concretamente, la terapia de mayor elección suele ser el control de estímulos y la exposición en vivo con prevención de respuesta, seguida por una intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas (Echeburúa, 2005).

La terapia psicofarmacológica puede ser complementaria para pacientes con un estado de ánimo deprimido, o elevado nivel de Impulsividad. El juego controlado puede ser una alternativa terapéutica para los jugadores jóvenes o que no presentan aún dependencia severa (Echeburúa, 2005).

Por último, las mujeres responden mejor al tratamiento si se toman en cuenta ciertas características diferenciales. Por ello, parece haber diferencias de género en el

perfil clínico de los ludópatas, que deben tomarse en consideración para el diseño del tratamiento (De Corral et al., 2013).

Por su parte, del total de la muestra, el 73% de las personas (ludópatas y no ludópatas) expresa consumir alcohol de forma habitual. De estas personas el 76% confiesa beber en reuniones o situaciones sociales agradables. El 11% prefiere beber en soledad o situaciones que le resultan desagradables.

Teniendo en cuenta los presentes resultados, se entiende que si bien el alcohol actúa como importante sostenedor de la actividad del juego patológico, no es privativo de esa población, sino que alcanza a la mayor parte de la población general, y que además es más propicio en encuentros sociales, en los que las personas se encuentran a gusto.

Los hombres manifiestan una preferencia por las máquinas recreativas, tienen frecuentemente antecedentes de abuso de alcohol o de conductas antisociales y muestran rasgos de Impulsividad o de búsqueda de sensaciones (De Corral et al., 2013).

Las mujeres, por el contrario, se sienten más atraídas por los bingos, y los estados emocionales negativos desempeñan un papel importante en el inicio de la conducta de juego (De Corral et al., 2013).

En un estudio realizado por Fernández Montalvo & Echeburúa (2006), se analizaron los trastornos de personalidad asociados al juego patológico. El 40% de la muestra clínica presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. El trastorno de mayor prevalencia fue el *trastorno narcisista* (32%), seguido del *trastorno antisocial* y del *trastorno pasivo-agresivo* (16% cada uno de ellos). Los jugadores con trastornos de personalidad presentaban una media de 2,2 trastornos y mostraban una alta Impulsividad. Asimismo, manifestaban niveles moderados de ansiedad y mayor consumo de alcohol e inadaptación a la vida cotidiana que la población normal (Fernández et al., 2006).

Por último, Báez et al., (1994), realizaron una investigación sobre el estado del juego patológico en la década del 90. El objetivo principal de la investigación fue encontrar un tratamiento adecuado para este trastorno. El estudio reveló que dichos pacientes tienden a ser ansiosos, depresivos, impulsivos, con creencias irracionales y están implicados en problemas de abuso de alcohol.

Se encontró una relación significativa inversa entre Descontento, Periodos de llanto y Tristeza, con Impulsividad Motora, lo cual se interpreta que a mayor niveles de Impulsividad Motora menores probabilidades de aparición de periodos de llanto, tristeza y de sentimiento descontento. A la luz de los datos que aportan los resultados de la

presente investigación en relación a que a mayor Depresión general menor Impulsividad Motora, es oportuno mencionar que la Impulsividad es considerada como una tendencia psico-biológica que predispone a un espectro de comportamientos más que a una acción en particular (Moeller et al., 2001). Asimismo se aprecia en el total de la muestra, que a mayores niveles de Pesimismo menores índices de Impulsividad Motora.

Es menester citar los tres conceptos que postula Beck (1983/2003) para explicar la Depresión: la tríada cognitiva, los esquemas mentales y los errores cognitivos. En la tríada cognitiva, la persona tiene una visión negativa de su futuro, de sí mismo y tiende a interpretar las experiencias del día a día de un modo negativo. La persona se ve desgraciada, torpe, con poca valía, se subestima y critica a sí misma. Cree que el mundo le interpone obstáculos insalvables, el entorno lo frustra continuamente. Del futuro solo espera penas, frustraciones y privaciones interminables (Beck, 1983/2003).

Se logró describir los instrumentos de evaluación para la Ludopatía con población española, y se determinó como tratamiento de elección, el control de respuestas y exposición en vivo, seguido de intervención cognitivo conductual para la prevención de recaídas (Báez et al., 1994).

Se observó además que en ambos grupos a mayor sentimiento de culpa, menor Impulsividad Motora en los sujetos. Como también este tipo de Impulsividad se reduce cuanto mayor disgusto consigo mismo presentan los sujetos.

Por lo que Beck (1983/2003) afirma que el sujeto pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento mantienen la creencia del sujeto en la validez de sus conceptos negativos, más allá de la existencia de evidencia contraria.

Se observó además, en la totalidad de la muestra (personas ludópatas y no ludópatas) mayores índices de autoagresión cuanto menor Impulsividad Motora poseen, como también ante el descenso de este último rasgo los síntomas anoréxicos van en aumento.

Dickman (1990) definió la Impulsividad como la tendencia a deliberar menos que la mayoría de las personas con idénticas capacidades antes de realizar una acción. Los estudios realizados sobre la Impulsividad destacaron sus consecuencias negativas, pero a veces las personas impulsivas rendían mejor que las no impulsivas. Este autor mencionó dos rasgos diferentes, uno implicaría responder rápidamente y con poca precisión en situaciones en las que utilizar esta estrategia brinda resultados positivos, y

otro rasgo para situaciones en las que ésta estrategia no es óptima, e implicaría responder rápidamente y sin precisión (Dickman, 1990).

Comúnmente, los depresivos presentan bajo apetito y una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos o en tallas de ropa, debido a que el paciente siente que su ropa le queda holgada (Dickman, 1990).

A su vez en ambos grupos se observan menores somatizaciones cuanto mayor presencia de Impulsividad Motora poseen.

Teniendo presente la correlación inversa entre Impulsividad Motora y Depresión general, es preciso destacar que entre las diversas manifestaciones depresivas algunas de ellas pueden ser de tipo hipocondríaco, como buscar explicaciones en el funcionamiento de los órganos y sistemas y o acudir con más frecuencia al médico con dolencias poco sistematizadas. Además, pueden existir datos obsesivo-compulsivos, el paciente posee pensamientos repetitivos que no puede alejar de su cabeza, que son reconocidos como absurdos, y la repetición de actos motores o rituales para asegurarse de que se encuentran bien realizados. En el primer caso, existen ideas parásitas que no se alejan del pensamiento, pudiendo generar ansiedad. En el segundo, el depresivo no deja de revisar cosas y situaciones o repetir operaciones (Riveros et al., 2007).

En relación al momento de la primera consulta, García, Díaz & Aranda (1993) obtuvieron altas puntuaciones en Depresión mayor, si bien eran mucho mayores los porcentajes de personas que en el curso de su adicción al juego habían desarrollado uno o más episodios depresivos, siendo las puntuaciones de las mujeres el doble que la de los hombres.

Los estudios familiares también se han dado en el juego patológico, destacando los de Dell, Ruzicka, & Palisi (1981) y Linden et al. (1986), que detectan una elevada incidencia de Depresión en el historial de los familiares.

Taber, McCormick & Ramírez (1987) encontraron que los jugadores que habían experimentado a lo largo de su vida severos estresores, en forma de traumas, puntuaban significativamente más alto en depresión y ansiedad que aquellos jugadores que no habían sufrido tales experiencias.

En la población de ludópatas el 7% manifiesta consumir psicofármacos.

La terapia psicofarmacológica puede ser complementaria para pacientes con un estado de ánimo deprimido, o un elevado nivel de Impulsividad. (Echeburúa, 2005).

De la población general no ludópata el 22% manifiesta la toma algún tipo de medicación.

Asimismo, Villoria López (1998), describió la ansiedad y la Depresión en relación al juego patológico, y Moreno Oliver et al. (2000), brindaron una conferencia sobre los aspectos clínicos y evolutivos de la Ludopatía en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría.

Se observa en la totalidad de la muestra mayor fatigabilidad cuanto menor Impulsividad Motora presentan los sujetos. Revelle (1987) considera que los sujetos poco impulsivos alcanzan el máximo nivel de arousal por la mañana al contrario que los sujetos impulsivos que alcanzan su mayor nivel por la tarde.

Por su parte, Barratt (1965) define la Impulsividad como una dimensión de la personalidad de primer orden, relacionada con la extroversión, con la búsqueda de sensaciones y con la hipomanía. En general, los estudios realizados sobre la Impulsividad destacan sus consecuencias negativas para el individuo, pero Dickman (1990) señala que en ocasiones los sujetos impulsivos rinden mejor que los no impulsivos, y definió la Impulsividad como la tendencia a deliberar menos que la mayoría de la gente con iguales capacidades antes de realizar una acción.

De acuerdo a Barratt & Patton (1983), existen diferencias individuales en el tiempo que requieren los procesos cognitivos y conductuales en la Impulsividad. El nivel de arousal se relaciona con la Impulsividad, y las personas orientadas hacia la acción poseen un reloj interno que funciona más rápido que el de las personas no impulsivas, respondiendo más rápidamente en situaciones determinadas.

Se aprecia en ambos grupos que a mayores disturbios en el sueño menor Impulsividad Motora.

Del total de la muestra el 10% consume drogas ilegales. Si bien la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1980), clasifica la Ludopatía como un Trastorno del Control de los Impulsos, relacionándola con el conjunto de los trastornos obsesivos-compulsivos y con la conducta de abuso y dependencia de sustancias, se observa en los resultados que el nivel de consumo de sustancias no es significativo en la población estudiada ni privativo de las personas con juego patológico.

Ludópatas y no Ludópatas muestran mayor dificultad para trabajar cuanto menores niveles de Impulsividad Motora poseen. Asimismo esta correlación inversa se mantiene entre Impulsividad Motora y las actitudes de aislamiento social. Eysenck & Eysenck (1977), consideran que la extraversión se caracteriza tanto por la sociabilidad como por la Impulsividad.

Finalmente no se advierten indicios de relación entre Impulsividad cognitiva e Impulsividad no planeada con otras variables sociodemográficas.

Del total de la muestra el 10% consume drogas ilegales. Si bien la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1980), clasifica la Ludopatía como un Trastorno del Control de los Impulsos, relacionándola con el conjunto de los trastornos obsesivos-compulsivos y con la conducta de abuso y dependencia de sustancias, se observa en los resultados que el nivel de consumo de sustancias no es significativo en la población estudiada ni privativo de las personas con juego patológico.

Se encontraron diferencias significativas entre ludópatas y no ludópatas en la variable Depresión. No se hallaron diferencias significativas en Impulsividad en ninguna de sus dimensiones. Siendo los ludópatas los que poseen mayor Depresión. De todas formas, y habiendo establecido el presente estudio, sería interesante continuar indagando sobre los aspectos aquí mencionados, en investigaciones futuras a la luz de estudios comparativos que permitan indagar sobre otras posibles diferencias entre grupos de personas ludópatas y no ludópatas.

CONCLUSIONES

Luego de alcanzar el objetivo general, que implicaba evaluar el grado de Impulsividad, además del nivel de Depresión en ludópatas en comparación con un grupo control (no ludópatas), la hipótesis que postulaba que se encontrarían mayores puntuaciones de Depresión e Impulsividad en Ludópatas en comparación con el grupo control (no Ludópatas), ha sido parcialmente confirmada. En relación a la pregunta de la investigación, se encontraron diferencias significativas entre ludópatas y no ludópatas en la variable Depresión, mientras que no se hallaron diferencias significativas en Impulsividad en ninguna de sus dimensiones. Siendo los ludópatas los que poseen mayor Depresión. Estos resultados advierten, en consonancia con lo mencionado en el estado del arte, que quienes poseen una actitud patológica hacia los juegos de azar son más propensos a ser sujetos con tendencias depresivas, en comparación con quienes no se relacionan de este modo con el juego.

Teniendo presente la correlación inversa entre Impulsividad Motora y Depresión general, es preciso destacar que entre las diversas manifestaciones depresivas algunas de ellas pueden ser de tipo hipocondríaco, como buscar explicaciones en el funcionamiento de los órganos y sistemas y o acudir con más frecuencia al médico con dolencias poco sistematizadas. Podría pensarse en relación a esto y datos recién mencionados, que en la Ludopatía la Depresión es la contracara de la Impulsividad, en donde si bien coexisten no se manifiestan en los sujetos de manera conjunta. El ludópata tiene mayores probabilidades de jugar compulsivamente o recaer en el tratamiento, cuando se encuentra con niveles más altos de impulsividad y ánimo exaltado, mientras que los estados depresivos acompañados de desaliento, sentimiento de culpa y autopercepción de poca valía aparecerían en la mayoría de los casos luego de perder más dinero del que podrían apostar, habiendo recaído, aun luego de haberse propuesto abandonar la práctica.

En relación a los sociodemográficos no se obtuvieron datos que indiquen características como nivel educativo, estado civil o situación laboral, que resulten privativas de alguno de los grupos. Por lo tanto, si bien la Ludopatía afecta indefectiblemente diversas áreas de la vida del enfermo, es necesario atender caso por caso, teniendo en cuenta los recursos psicológicos, potencialidades y red de contención particular.

Se observó que de las personas que no presentan juego patológico hasta la fecha, el 90% considera que los juegos de azar pueden resultar perjudiciales, asumiendo la posibilidad de que, quienes lo practican, adopten una actitud patológica con respecto a

él. Esto puede interpretarse a la luz del creciente aumento de la problemática, información a la que actualmente tenemos mayor acceso facilitado por las nuevas tecnologías y medios de difusión. No obstante, posiblemente debido al gran negocio resultante de los juegos de azar, los mensajes que apunten a la prevención primaria resultan aún, insuficientes.

El dato que revela que el 88% de los ludópatas de la muestra tuvo recaídas durante el tratamiento exige, no solo la contemplación de la elevada probabilidad de que este fenómeno suceda, sino el potencial altamente adictivo de dicha práctica y la necesidad de seguir investigando los mecanismos que actúan en la misma, a los fines de implementar nuevas estrategias integrales de afrontamiento en el tratamiento de la Ludopatía.

Por su parte, el 73% de las personas del total de la muestra, (ludópatas y no ludópatas) expresa consumir alcohol de forma habitual. De estas personas el 76% confiesa beber en situaciones que le resultan agradables. Por lo tanto si bien el alcohol no sería privativo de la ludopatía, actúa como importante sostenedor de la actividad de juego patológico, estando presente durante esta práctica, que para el jugador resulta altamente gozosa, alienado por el azar que lo domina.

Se halló además, que a mayores niveles de Impulsividad Motora menores probabilidades de aparición de periodos de llanto, tristeza y de sentimiento descontento. Este dato resulta de relevancia para la práctica clínica, ya que posibilita la comprensión de que existen menores probabilidades de que un paciente descontento sumergido en la tristeza, incurra en actos impulsivos, entre ellos recaídas. Entendiendo que dichas probabilidades aumentan en períodos de manía o ánimo exaltado. Lo mismo sucede con los datos que indican que cuando en los sujetos aumentan los sentimientos de culpa y o disgusto consigo mismo, disminuye la probabilidad de expresarse en actos impulsivos.

En la población de Ludópatas, el 7% manifiesta consumir psicofármacos. Jugadores Anónimos se define "una hermandad de hombres y mujeres que comparten mutuamente la experiencia, la fuerza y la esperanza de que ellos pueden resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del problema de jugar compulsivamente". El programa de J.A. está basado en ciertos principios espirituales, pero el miembro es libre de interpretar estos principios como elija, siendo la misma una hermandad espiritual, no religiosa. Por lo tanto, teniendo en cuenta que el estudio se realizó con ludópatas que se encuentran asistiendo a J.A., es importante destacar que sus principios la sostienen como una entidad no profesional, aunque ocasionalmente pueden emplear trabajadores especiales. Entonces, teniendo en cuenta lo antedicho y la

modalidad de intervención de Jugadores Anónimos, las cifras arrojadas pueden estar expresando que el pequeño porcentaje de ludópatas que asisten a los grupos de autoayuda no se debe a una ausencia de eficacia y o necesidad de estas terapias, sino a la ausencia de profesionales que atiendan este aspecto.

Se observa en la totalidad de la muestra mayor fatigabilidad cuanto menor Impulsividad Motora presentan los sujetos, por lo tanto se puede inferir la existencia de un patrón que indica que cuando las personas actúan guiadas por las motivaciones del momento, menor percepción de síntomas de fatiga o cansancio.

Asimismo y en cierta coincidencia con el ítem anterior, Ludópatas y no Ludópatas manifestaron mayor dificultad para trabajar cuanto menores niveles de Impulsividad Motora poseen. Por lo cual puede interpretarse que mientras se encuentran respondiendo y actuando en función de estímulos situacionales manifiestan menores dificultades para trabajar. Lo mismo puede argumentarse, según los resultados que mostraron una correlación inversa entre Impulsividad Motora y las actitudes de aislamiento social, derivando en que las personas tienden a aislarse más, evitando la interacción social cuanto menor es su respuesta a estímulos circunstanciales.

Del total de la muestra el 10% consume drogas ilegales. Si bien la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1980), clasifica la Ludopatía como un Trastorno del Control de los Impulsos, relacionándola con el conjunto de los trastornos obsesivos-compulsivos y con la conducta de abuso y dependencia de sustancias, se observa en los resultados que el nivel de consumo de sustancias no es significativo en la población estudiada ni privativo de las personas con juego patológico.

De entre las limitaciones del presente estudio, cabe mencionar que para futuras investigaciones resulta muy apropiada la implementación de herramientas que disminuyan el margen de error respecto de la población de estudio. En este caso hubiera sido pertinente intercalar en el instrumento de recolección de datos, por ejemplo, el Cuestionario breve de juego patológico (CBJP) de Fernández-Montalvo, Echeburúa & Báez (1995), logrando un cribaje previo de juego patológico, sobre todo en el grupo control (no ludópatas).

Se observó que los índices más altos de inicio en el juego de las personas ludópatas se ubican a los diez y veinte años, por lo que podría resultar de interés en futuras investigaciones, situar el estudio atendiendo rangos etéreos, para indagar acerca de la existencia de diferencias generacionales en relación a las edades de iniciación en el juego, incluso en relación a las preferencias a la hora del de juego patológico. Por su parte teniendo en cuenta el creciente interés en las últimas décadas por los aspectos

psicopatológicos y terapéuticos de la Ludopatía, como también la escasas sobre las diferencias de género en relación a la problemática, además del dato de que un tercio del total de ludópatas son mujeres (De Corral, Echeburúa & Irureta, 2013), resulta oportuno atender las diferencias de género en relación a: la elección del tipo de juego, grado de implicación patológica con el mismo, como también adherencia al tratamiento.

Finalmente, respecto a los resultados que indican que de la población no ludópata, el 39% reconoce jugar habitualmente a juegos de azar, asistiendo a Bingos y o salas de Casino, podría ser pertinente atender en próximos estudios, de corte longitudinal, cuál es la incidencia en juego patológico de éstos jugadores que, en la actualidad, lo hacen de modo recreativo.

REFERENCIAS

- Alonso Patiño Villada, F. (2006). *Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia*. Tesis de Magister no publicada, Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Amelang, M. & Briet, C. (1983). Extraversión y roscado rápido: inhibición reactiva o activación cortical en general como factores determinantes de las diferencias de rendimiento. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 4, 103-105.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana
- Andreu Rodríguez, J. M., Peña Fernández, M. E. & Penado Abilleira, M. (2012). Análisis de la impulsividad en diferentes grupos de adolescentes agresivos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 441-452.
- Aportaciones de un equipo de investigación en la última década (1990-2000). En: *Revista de Psicología General y aplicada*. Vol.53 No4. España: Federación Española de Asociaciones de Psicología y Promo libro, Octubre de 2000. ISSN:0373-2002. pp. 641-659.
- Ashby, W. (1960). *Diseño para un cerebro*. Nueva York: Wiley.
- Asociación Psiquiátrica Americana(1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3^a ed.). Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a ed.). Barcelona: Masson.
- Báez, C., Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas de personalidad y psicopatológicas de los Jugadores patológicos de Máquinas tragaperras en Tratamiento: Estudio Descriptivo de las Naciones Unidas. *Clínica y Salud*, 20(2) ,289-305.
- Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994).Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Clínica y Salud*, 5, 289-305.
- Barratt, E. &Patton, J. H. (1983).Impulsividad: cognitiva, conductual y correlatos psicofisiológicos. En M. Zuckerman (Ed.), *Bases biológicas de la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la ansiedad* (pp. 17-122). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Barratt, E. (1959). La ansiedad y la impulsividad relacionadas con la eficiencia psicomotora. *Habilidades perceptivas y motoras*, 9, 191-198.

- Barratt, E. (1967). El rendimiento del motor perceptual relacionada con la impulsividad y la ansiedad. *Perceptual and Motor Skills*, 25, 485-492.
- Barratt, E. (1972). La ansiedad y la impulsividad: Hacia un modelo neuropsicológico. En C. Spielberger (Ed.), *Ansiedad: Tendencias actuales en la teoría y la investigación* (pp 195-222.). Nueva York: AcademicPress.
- Barratt, E. (1985). Subrasgos impulsividad: Excitación y procesamiento de la información. En J. SpenceaeIzard (Eds.), *Motivación, emoción y personalidad* (pp. 137-146). Amsterdam: Elsevier.
- Barratt, E. (1993). Impulsividad: Integración de datos cognitivos, conductuales, biológicos y ambientales. En WG McCown, JL Johnson & MB Shure (Eds.), *El cliente impulsivo: Teoría, investigación y tratamiento* (. Pp 39-56). Washington: Asociación Americana de Psicología.
- Barratt, E. (1994). La impulsividad y la agresión. En J. Monahan y HJ Steadman (Eds.), *La violencia y los trastornos mentales: la evolución de la evaluación de riesgos* (pp 61-79.). Chicago: The University Chicago Press.
- Barratt, E. S. (1959). La ansiedad y la impulsividad relacionadas con la eficiencia psicomotora. *Perceptivas y motoras Habilidades*, 9 (2), 191-198
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A., y Felthous, A. (1997). Neuropsicología y sustratos psicofisiológicos cognitivos de la agresión impulsiva. *Biological Psychiatry*, 41, 1045-1061.
- Barratt, E.; Patton, J. H.; Olsson, N. & Zucker, G. (1981). Impulsivity and paced tapping. *Journal of Motor Behavior*, 13, 286-300.
- Barratt, E.S. & Patton, J.H. (1983). Impulsividad: cognitiva, conductual y correlatos psicofisiológicos. En Zuckerman, M. (Ed.), *Bases Biológicas de búsqueda de sensaciones, impulsividad y ansiedad* (pp.17-122). Hillsdale: Erlbaum.
- Barratt, E.S. & White, R. (1969). La impulsividad y la ansiedad relacionada con el rendimiento y las actitudes del estudiante de medicina. *Journal of Medical Education*, 44, 604-607.
- Barratt, E.S. (1965). El análisis factorial de algunas medidas psicométricas de la impulsividad y la ansiedad. *Informes Psicológicos*, 16 (2), 547-554.
- Barratt, ES, Mishalanie, J., Matthews, S. & Moeller, FG (2002). Potencial de preparación lateralizado y la impulsividad. Presentación de Póster en la Sociedad de Neurociencia Cognitiva, Novena Reunión Anual, San Francisco.
- Barroso Benítez, C., (2003). *Las bases sociales de la ludopatía*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Madrid. España.

- Baskin-Sommers, AR, Wallace, JF, MacCoon, DG, Curtin, JJ, y Newman, J. P. (2010). Clarificar los factores que socavan sistema de inhibición conductual funcionamiento en la psicopatía. *Personalidad Trastornos: Teoría, Investigación y Tratamiento*, 1 (4), 203-217.
- Bateson, G. (1954). "Una teoría de la reproducción y Fantasía ", en Bateson, G. (1973). Pasos para la una ecología de la mente, en *Collected Essays Antropología, Psiquiatría, Evolución y Epistemología*. Paladin Books, Londres.
- Beck, A. (1983/2003). *Terapia cognitiva de la depresión* (15ª ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-second edition Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (1993). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2003). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, 10(3), 96-98.
- Blackburn J. R., Pfaus J. G., Phillips A. G. (1992). *Progress in Neurobiology* 39 (3), 247-279
- Blaszczynski, Alex, Neil McConaghy & A. Frankova (1989), Crimen, Antisocial personalidad y juego patológico, en *Journal of Gambling Behavior*, 5: 137: 152.
- Bombín, B. (1992). Enfoques farmacológicos. Serotonina y ludopatía. En Bombín B. (Ed). *El Juego de Azar. Patología y Testimonios*. Valladolid. Junta de Castilla y León.
- Bronfenbrenner, U. (1978). El papel social del niño en la perspectiva ecológica. *Zeitschrift für Soziologie*, 7, 4-20.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Cambridge: Harvard University Press (EXISTE Edición en castellano en *La ecología del Desarrollo Humano*, Barcelona: Paidós, 1987).
- Brown, G. L., Goodwin, F. K., Ballenger, J. C., Goyer, P. F., & Major, L. F. (1979). *Psiquiatry Res.* 1, 131-139.
- Bruckner, P. (1995). *La tentation de l'innocence*. París: Grasset&Fasquelle. Traducción castellana: *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama, 1996.

- Bruckner, P. (1995). *La tentation de l'innocence*. París: Grasset&Fasquelle. Traducción castellana: *La tentación de la inocencia*. Barcelona: Anagrama, 1996.
- Bruner, J.; Jolly, A. & Silva, K. (1976). *El juego es papel en el desarrollo y evolución*. Penguin. Nueva York
- Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C. & Boisvert, J.M. (1994). El tratamiento de los jugadores patológicos: estudio experimental. *Diario de Comportamiento La rapy y Psiquiatría Experimental*, 25 (4), 2 mayo 7-agosto 22.
- Buss, A.H., & Plomin, R. (1975). *Una teoría del temperamento del desarrollo de la personalidad*. Nueva York: John Wiley& Sons.
- Cabrera Pérez, L. & Jiménez Llanos, A. B. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles. *Revista de Investigación Educativa*, 17(1), 89-106
- Caillois, R. (1986). *Los juegos y los hombres. La máscara y el vértigo*, México, Fondo de Cultura económica.
- Camerini, J. (2004). *Introducción a la terapia cognitiva: teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: C.A.T.R.E.C.
- Cano-Vindel A., Miguel-Tobal J. J., González H., & Iruarrizaga I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10, 145-156.
- Carbonell, X., Talarn, A., Beranuy, M., Oberst, U., & Graner, C. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online *Aloma*, 25, 201-220.
- Carbonell, X., Talarn, A., Beranuy, M., Oberst, U. & Graner, C. (2009). Cuando jugar se convierte en un problema: el juego patológico y la adicción a los juegos de rol online. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, volumen (25), 201-220.
- Carlton, P. L., Manowitz, P., McBride, H., Nora, R., Schwartzburg, M. & Goldstein, L. (1987). Trastorno por déficit de atención y ludopatía. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 47-48.
- Caseras, X., Ávila, C., & Torrubia, R. (2003). La medición de las diferencias individuales en los sistemas de inhibición de la activación de la conducta y de comportamiento: Una comparación de escalas de personalidad. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 34, 999-1013.

- Comisión de Salud y Deporte. (2008) *Proyecto de Ley*. (S.-369/08). Recuperado de http://www1.hcdn.gov.ar/folio-cgi-in/om_isapi.dll?clientID=1205849&advquery=0364-S-08&infobase=dae.nfo&record=%7B7DD5%7D&softpage=Document42
- Chahin, N., Cosi, S., Lorenzo-Seva, U., & Vigil-Colet, A. (2005). Estabilidad de los la estructura factorial de Impulsividad de Barrat Escalas para niños conferencias, 1, 197-206.
- Cherbuin, N., Windsor, TD, Anstey, KJ, Maller, JJ, tranquillón, C., & Sachdev, PS (2008).El volumen del hipocampo se asocia positivamente con la inhibición conductual (BIS) en una amplia muestra basada en la comunidad de los adultos de la mediana edad: el camino a través de estudio de la vida. *Social Cognitiva y Neurociencia Afectiva*, 3 (3), 262-269.
- Clarke, D. (2006). Impulsividad como mediador en la relación entre la depresión y problemas con el juego. *Personalidad e Individual Diferencias*, 40: 5-15.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T. R. &Svrakic, D.M. (1991).El Tridimensional cuestionario de personalidad: datos normativos EE.UU. *Informes Psicológicos*, 69(3), 1047-1057.
- Cocco, N. & cols. (1995): Las diferencias en el nivel preferido de la excitación en dos sub-grupos de jugadores con problemas: un informe preliminar. *Diario-de-juego-Estudios*. 11, 2, 221-229
- Coles, E.M. (1997). La impulsividad en los trastornos mentales graves. En C.D. Webster & MA Jackson (Eds.), *Impulsivity: Teoría, Evaluación y Tratamiento* (pp.180-194). Nueva York: Guilford Press.
- Conti, N. A. (2007). Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad.
- Corbí Gran, B. & Pérez Nieto, M. A. (2011). Relación entre Impulsividad y Ansiedad en los Adolescentes. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 36(16), 35-46.
- Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- Cuquerella, B. La depresión en el anciano. *Geriátrika* 1997; 13 (3): 110-118.
- Custer, R. L. (1984). Perfil del jugador patológico: *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.

- Custer, R. y Milt, H. (1985). Cuando acabe la suerte. Ayuda para los jugadores compulsivos y sus familias. Nueva York: FactsonFilePublicaciones.
- De Corral, P., Echeburúa, E. & Irureta, M. (2013). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. *Análisis y Modificación de la Conducta, Norteamérica*, 31, sep. 2013. Extraído el 22 de abril de 2014 de <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2148>.
- Dell; L. J., Ruzicka, M. F., & Palisi, A. T. (1981). La personalidad y otros factores asociados con la adicción al juego. *Revista Internacional de Adicciones*, 16, 149-156.
- Depue, R., y Collins, P. (1999). Neurobiología y la estructura de la personalidad: la dopamina, la facilitación de incentivos la motivación y la extraversión. *Behavioral and Brain Sciences*, 22, 491-569.
- Dickerson, M.G. (1993). Aproximaciones alternativas ala medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual*.1, 3,339-349.
- Dickman, S.J. (1990). Impulsividad funcional y disfuncional: La personalidad y los correlatos cognitivos. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 58(1), 95-102.
- Dickman, S.J. (1993). Impulsividad y procesamiento de la información. En WG McCown, JL Johnson, MB Shure (Eds.), *El cliente impulsivo: Teoría, investigación y tratamiento* (pp.151-184). Washington: Asociación Americana de Psicología.
- Dirección General de Juegos de Casino y Máquinas Tragamonedas. URL. Extraído el 22 de abril de 2014 de <http://www.mincetur.gob.pe/turismo/DGJCMT/>
- Domjan, M. (2004). Principios de aprendizaje y conducta. Madrid: Thomson.
- Doob, L.(1990). Vacilación: La impulsividad y la reflexión. Nueva York: Greenwood Prensa.
- Dostoievsky F. () El Jugador. Salvat Editores. 1969. *En estudiantes universitarios de Lima metropolitana*. *Rev. Investig. Psicol.*;10(1).
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. & Páez, D. (1994). Cuestionario hasta el siglo XIX. Buenos Aires: Polemos.
- Echeburúa, E., Fernández Montalvo J. & Báez, C. (2006). *El juego patológico en España*. Extraído el 22 de abril de 2014 de <http://www.cedro.org.pe/lugar/articulos/ludopatiajuego.htm>

- Espinoza L. (s.f.). Ludopatía o Juego Patológico: La Adicción Oculta. URL disponible
- Eysenck (Ed.). Un modelo de la personalidad. Nueva York: Springer.
- Eysenck, H. J. & Eysenck, M. W. (1985). Personalidad y diferencias individuales: Un enfoque de las ciencias naturales. Nueva York: Plenum.
- Eysenck, H. J. (1957). La dinámica de la ansiedad y la histeria. Nueva York: Praeger.
- Eysenck, H.J. (1967). La base biológica de la personalidad. Springfield: Thomas.
- Eysenck, S. B. & Eysenck, H. J. (1977). El lugar de la impulsividad en un sistema tridimensional de descripción de la personalidad. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 30 (4), 9.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1964). Un cuestionario corto mejorado para la medición de la extraversión y neuroticismo. *Ciencias de la Vida*, 3, 1103-1109.
- Eysenck, SBG, Pearson, PR, Este, G. & Allsopp, JF (1985). Normas de edad para la impulsividad, atrevimiento y la empatía en los adultos. *Personalidad y diferencias individuales*, 6, 613-619.
- Fernández - Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2006, en prensa). Juego patológico y trastornos de personalidad: un estudio-piloto con el MCMI-11. *Psicothema*.
- Fernández, F., Hand, I., & Friedrich, B. (1996). *Terapia de conducta y tratamiento no sintomático en un caso de juego patológico*. Análisis y Modificación de la Conducta, 84 (2), 481-500.
- Fernández-Alba, A., Labrador, F., Gema, E., Ruiz, B. y García, M. (2000). Análisis de las verbalizaciones de jugadores patológicos mientras juegan en máquinas recreativas con premio: estudio descriptivo. *Psicothema*, 12(4), 654-660.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. & Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 37, 13-23.
- Fink (1986) comparativamente El Juego ONU de la estafa "oasis de alegría".
- Freud, S. (1). Dostoievsky y el parricidio. *Obras Completas*, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*, Tomo VII (pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer (J. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 18, pp. 3-62). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1933). 34ª Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones (J. Etcheverry, Trad.). En J. Strachey (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas* (Vol. 22, pp. 126-145). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S.: “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”, *Obras Completas*. Tomo II, Madrid, Biblioteca Nueva, 1996, pp. 125-126.
- García Villalta, M. (s.f.). La Depresión. Recuperado el 13 de julio de 2012, de <http://www.cebie.es/?s=depresi%C3%B3n&x=0&y=0>.
- García, J. L., Díaz, C., y Aranda, J. A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de psicología*, 9(1), 83-92.
- Gilovich, T. (1983). Evaluación Bases y persistencia en los juegos de azar. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 44 (6), 1110-1126.
- Glen, A. (1985). Diagnóstico del jugador patológico. *Journal of Gambling Comportamiento* (1), 17-22.
- González Saldain, G. E. (2007). El juego compulsivo, un modo de enfermar. *Grupo Interamericano de Reflexión Científica*, 4(16), 1-13.
- Gray, J. A. (1987). *La psicología del miedo y el estrés*. Cambridge University Press.
- Gray, J. A., & McNaughton N. M. (2003). La neuropsicología de la ansiedad: una investigación sobre las funciones del sistema septo-hipocampal. Segunda edición. Oxford University Press.
- Gray, J.A. (1970). La basepsicofisiológica de introversión-extraversión. *Comportamiento de Investigación y Terapia*, 8, 249-266.
- Gray, J.A. (1981). *Una crítica de la teoría de la personalidad de Eysenck*. En Eysenck H.J. (Ed.), un modelo de la personalidad. Nueva York: saltador.
- Greenson, R.R. (1947). *En los juegos de azar*. *Americana Imago*, 5, 61-67.
- Griffiths, M. D. (1990). La adquisición, el desarrollo, y mantenimiento de la máquina de la fruta los juegos de azar en los adolescentes. *Journal of Gambling Estudios*: 6, 193-204.
- Griffiths, M. D. (1994). El papel del sesgo cognitivo y habilidad en la máquina tragaperras de juego. *los británicos Psychological Society*, 85, 351-369.
- Groos, K. (1902). *El Juego del Hombre*. Apleton. New York.

- Harmon-Jones, E.; Barratt, E. S. & Wigg, C. (1997). La impulsividad, la agresión, la lectura, y la p300 del potencial relacionado con el evento. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 22 (4), 439-445.
- Haro, G., Castellano, M., Pérez-Gálvez, B., Rodríguez, E., Cervera, G. & Valderrama, J. C. (2004). Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. Parte I. *Salud Mental*, 27(5), 23-28.
- Hug-Hellmuth, H. (1922). En la técnica de análisis de niños. *Internacional Journal of PschoAnálisis*, 2, 287-302.
- Huizinga, J. (1938). *Homo Ludens*. Alianza. Madrid. Edición de 1972, pp. 187-204.
- Huizinga, Johan (1972), "Esencia y significación del juego como fenómeno cultural", en *Homo Ludens*, Madrid, Alianza Editorial.
- Huizinga, Johan. (1972). Esencia y significación del juego como fenómeno cultural. En *Homo ludens* (pp. 11-44). España: Alianza Editorial.
- Hull, C. L. (1943). *Principios de un comportamiento*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Imbucci, G. (ed.), *La audiencia del juego en Italia*, Marsilio, 1999 p.282ss.
- Imbucci, J. *El juego. Loto, ruleta, loterías. Historia del comportamiento social*. Editorial: Marsilio, Venecia, 1997.
- Inteligencia y personalidad en los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo. *Psicología Conductual*, 7,349-360.
- Jackson, C. J. (2002). Modelo Mapping Gray 's de la personalidad en el Eysenck perfil de personalidad (EPP). *Personalidad e Individual Diferencias* 32, 495 -507.
- Jacobs, D. F. (1989). Ilegal e indocumentada: Una revisión de los juegos de azar en la adolescencia y la difícil situación de los niños de los jugadores con problemas en Estados Unidos. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (eds.), *El juego compulsivo. Teoría, investigación y práctica* (pp.249-292). Lexington, MA: Lexington Books.
- John, O., & Srivastava, S. (1999). La gran taxonomía cinco rasgo: Historia, medición y teóricas Perspectivas. En L. Pervin & O. John (Edts), *Handbook of personality: Theoretical and research* (2° ed.). New York.
- Klein, M. & Riviere, J. (1953). *El amor, el odio, y la Reparación*. Psicoanalítica epítomes No. 2, London: Hogarth Press.

- Klein, M. (1955/2004). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. En *Obras Completas* (4ª Reimpresión). Tomo III (pp. 129-146) Buenos Aires: Paidós.
- Klinterberg, B. A.; Andersson, T.; Magnusson, D. & Stattin, H. (1993). El comportamiento hiperactivo en la infancia como relacionado con problemas de alcohol y subsiguientes delitos violentos: un estudio longitudinal de los sujetos masculinos. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 15, 381-388.
- Knorrning, L. & Ekselius, L. (1998). Tratamiento psicofarmacológico y la impulsividad. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith & RD Davis (Eds.), *Psicopatía, antisocial, comportamiento criminal y violento* (. Pp 359-371). Nueva York: Guilford Press.
- Labrador, F. J., Fernández-Alba, A. & Mañoso, V. (2002). Relación entre la reducción de las distorsiones cognitivas referidas al azar y la consecución de éxito terapéutico en jugadores patológicos. *Psicothema*, 14(3), 551-557.
- Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Revista de psicología conductual*, 1(3), 361-374. Recuperado de <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Aspectos%20fundamentales.pdf>
- Ladouceur, R., Arsenault, C., Dubé, D., Freeston, MH, & Jacques, C. (1997). Características Psicológicas de voluntarios en los estudios sobre los juegos de azar. *Diario de Gambling Studies*, 13 (1), 69-84.
- Ladouceur, R., Boisvert, JM & Dumont, J. (1994). Cognitivo-conductual tratamiento para los jugadores patológicos adolescentes. *Modificación de la Conducta*, 18, 230-242.
- Laguna Gil, B. (2011). Construcción de un test evaluador de la Impulsividad y la Agresividad. Recuperado el 16 de julio de 2012, de http://www.unizar.es/abarrasa/tea/201011_25906/laguna2011.pdf
- Lazare, A. (1973). Modelos conceptuales ocultos en la psiquiatría clínica. *New England Journal of Medicine*, 288, 345-350.
- Leshem & Glicksohn (2007) La construcción de la impulsividad. *Personalidad. Diferencias Individuales*, 43, 681-691 DOI:10.1016/j.paid.2007.01.015.
- Linden, R., El Papa, H. G. Jr., Jonas, J. M. (1986). El juego patológico y el trastorno afectivo: resultados preliminares. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47 (4), 201-203.

- Linnoila V. M., Virkkunen M. Aggression, suicidality, and serotonin. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1992; 53:46-51
- Lojkine, J. (1989) etl Mauss'Essai de Dar. Debido a la forma y échangedans arcaica sociedades ", en Marcel Mauss, *Sociología y Antropología*, puf, París.
- Loyola Álvarez, N. (2011). *Validez y confiabilidad de la Escala de Impulsividad de Barratt versión 11 (BIS-11) en mujeres encarceladas*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Luengo, M. A.; Carrillo de la Peña, MT y Otero, JM (1991). Los componentes de la impulsividad: una comparación de la Impulsividad Cuestionario I.7 y la Escala de Impulsividad de Barratt. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 12, 657-667.
- Marsh, D. M. Dougherty, D. M. Mathias, C. W. Moeller, F. G. & Hicks, L. R. (2002). Las comparaciones de las mujeres con alto y bajo rasgo de impulsividad utilizando modelos de comportamiento de respuesta de la desinhibición y la recompensa-elección. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 33, 1291-1310.
- Mauss, Marcel [1920] (1969). "La nation". *œuvres*, t. 3, Minuit, París, 573-625.
- Mauss, Marcel [1932] (1969). "La cohesiónsocial dans les sociétés polysegmentaires". *œuvres*. 3, 11-26.
- McCormick, R. A. & Taber, J. I. (1987). Los jugadores patológicos: personalidad saliente variables. Es: T. Galski (. Ed), *El manual del juego patológico* (págs. 9-39). Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Editorial.
- McCormick, R.A. & Taber, J.I.(1988). Estilo atribucional en jugadores patológicos en tratamiento. *Journal of Abnormal Psychology*, 297, 368-370.
- Mead, M. (1962). "Retrospectivas y perspectivas", en Gladwin T. y C W. Sturtevant (editores). *Antropología y Comportamiento Humano*. Sociedad Antropológica de Washington, Washington.
- Miettunen, J., Kantojärvi, L., Veijola, J., & Marjo-Riitta, J. (2006). International comparison of Cloninger's temperament dimensions. *Personality and Individual Differences*, 41, 1515–1526.
- Moller, F. G., Barrat, E.S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Aspectos psiquiátricos de la impulsividad. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.

- Monroy Antón, A. & Sáez Rodríguez, G. (2011, 3 de Febrero). Teorías sobre el origen del juego. *EFDeportes.com*, volumen. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd153/teorias-sobre-el-origen-del-juego.htm>
- Morales Vives, F. (2007). El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes. Disertación doctoral no publicada, Universitat Rovira I. Virgili, Tarragona, España.
- Morán, E. (1979). Una evaluación del informe de la Comisión Real sobre los juegos de azar. *British Journal of Psychiatry*, 74, 3-9.
- Moreno Oliver, I., Saíz Ruiz, J. & López-Ibor Aliño, J. J. (2000). *Aspectos clínicos y evolutivos de la ludopatía*. Conferencia presentada en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Navarro JF, Cavas M. (1998). Tratamiento psicofarmacológico del juego patológico.
- Navarro JF, Pedraza C. (1998). Juego patológico: aspectos biológicos. *Psicología Conductual* 6:157-64.
- Neef N., Bicard D., Endo S. Evaluación de la impulsividad y el desarrollo de autocontrol por los estudiantes con el trastorno de hiperactividad por déficit de atención. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2001; 34: 397-408.
- Newman, J. P. (1987). Reacción al castigo en los extrovertidos y psicópatas: implicaciones para el comportamiento impulsivo de los individuos desinhibidos. *Revista de Investigación en Personalidad*, 21, 464-80.
- Ochoa, E. & Labrador, F.J. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza&Janés.
- O'Doherty J., Deichmann R., Critchley, H. D. & Dolan, R. J. (2002) las respuestas neuronales durante la anticipación de una recompensa sabor elemental. *Neurona* 33: 815-826.
- O'Doherty J., Winston J., Critchley, Perrett D., Burt D. M., Dolan R. J. (2003) Belleza en una sonrisa: el papel de la corteza orbito frontal medial en el atractivo facial. *Neuropsicología* 41: 147-155.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaption of the Barratt impulsiveness scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Méditor.

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
- Orozco- Cabal, F. L., Barratt, E. S., & Buccello, R. R. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente. El acto impulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 109-126.
- Palumberi, E. & Mannino, G. (2008). Ludopatía. Un estudio comparativo realizado en Italia y España. *Humanismo y Trabajo Social*, 7, 155-196.
- Patton, J. M., Stanford, M. S. & Barratt, E.S. (1995). Estructura factorial de la Escala de Impulsividad de Barratt. *Revista de Psicología Clínica*, 51, 768-774.
- Pfeifer, S. (1919) Expresión de las pulsiones eróticas infantiles en el juego. Posiciones psicoanalíticas sobre las principales teorías del juego. *Imago*, 5, 243-282.
- Piaget, J. (1926). *La representación del mundo en el niño*. Madrid: Morata.
- Piaget, J. (1973). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Ed. Psique.
- Platón: “*Las Leyes*”, Editorial Gredos (Biblioteca Clásica Gredos 265). Madrid, 1999.
- Postman, N. (1985). *Amusing ourselves to death: Public discourse in the age of show business*. New York: Viking. Traducción castellana: *Divertirse hasta morir: El discurso público en la era del “show business”*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad, 1991.
- Porteus, S. D. (1950). *El Porteus Prueba Maze e Inteligencia*. Palo Alto, CA: Pacific libros.
- Postman, N. (1985). *Amusing ourselves to death: Public discourse in the age of show business*. New York: Viking. Traducción castellana: *Divertirse hasta morir: El discurso público en la era del “show business”*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad, 1991.
- Raviv, M. (1993). Características de la personalidad de los adictos sexuales y patológica jugadores. *Journal of Gambling Studies*, 9 (1), 17-30.
- Revelle, W. (1987). La personalidad y la motivación. Fuentes de ineficiencia en el desempeño cognitivo. *Revista de la Investigación en Personalidad*, 21, 436-452.
- Revelle, W., Humphreys, M. Simon, S. & Gilliland, K. (1980) El efecto interactivo de la personalidad, hora del día, y la cafeína: Una prueba de la excitación modelo. *Revista de Psicología Experimental*, 109, 1-31.
- Riveros, M., Hernández, H. & Rivera, J. (2007). Niveles de Depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI*, 10(1), 91-102.

- Robert, C. & Botella, C. (1995). Trastornos del control de impulsos: el juego patológico. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill, vol. 1.
- Rosecrance, J. (1988). Jugadores activos como consejeros de pares. *La Revista Internacional de Adicciones*, 23, 751-766.
- Rosenzweig, M. & Leiman, A.L. (1992). Psicología fisiológica. Madrid: McGraw-Hill.
- Roy, A. Custer, R., Lorenz, V. & Linnoila, M. (1988). *Jugadores Patológicos depresivos. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 163-165.
- Rugle, L. & Melamed, L. (1993). Evaluación neuropsicológica de problemas de atención en los jugadores patológicos. *Revista de Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 181, 107-112.
- Russo, M. P., Leona, L., Lauriola, M., & Lucidi, F. (2008). Impulsividad y recompensar sensibilidad dentro del modelo de la pluma: Una prueba de discriminante hipótesis. *Personalidad y Diferencias Individuales* 45 (7), 624-629.
- Sacco, P., Cunningham-Williams, RM, Ostmann, CE, & Spitznagel, EL (2008). La asociación entre la patología de juegos de azar y los trastornos de personalidad. *Journal of Psychiatric Research*. 42 (13), 1122-1130.
- Saiz, J. & Ibáñez, A. (1999). Etiopatogenia neuroquímica de la ludopatía. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, 3(1).
- Sanz, J., García-Vera, M .P., Espinosa, R., Fortún, M. & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sarchielli, G. & Dallago, P., (1997), "La seducción de los juegos de azar: la dinámica personal y socio-económica "en Minardi, E., Luseti, M., lugares y ocupaciones de ocio, Milán, Franco Angeli.
- Scáandar, M. G. (2000). La impulsividad cognitiva en la clínica neuropsicológica. Recuperado el 14 de octubre de 2013, de http://www.fnc.org.ar/pdfs/impulsividad%20cognitiva%20_articulo_.pdf
- Schiller, F. (1990). *Cartas sobre la educación estética del hombre*. Barcelona: Anthropos
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147-162.
- Servera, M. y Galán, M. R. (2001). Problemas de Impulsividad e inatención en el niño. *Propuestas para su evaluación*. Madrid: MECED.

- Sierra, A., Negrete, A. & Miranda, D. (2012). Relación mediacional de los esquemas cognitivos maternos en los problemas de comportamiento infantil. *Psicología y Salud*, 22(1), 27-36.
- Smillie, L. D., Dalgleish, L. I., & Jackson, C. J. (2007). Personality, learning and motivation: Two tests of J. A. Gray's reinforcement sensitivity theory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 476-489.
- Squillace, M., Picón Janeiro, J. & Schmidt, V. (2011). El concepto de Impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la Personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18.
- Stanford, M.S. & Barratt, E.S. (1996). Las habilidades verbales, tapping dedo y tempo cognitivo definir un factor de segundo orden de procesamiento de la información temporal. *Cerebro y Cognición*, 31, 35-45.
- Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1992). La impulsividad y el trastorno de personalidad múltiple impulsivo. *Personalidad e Individual Diferencias*, 13, 831-834.
- Stanley, G. H. (1883). *El contenido de las mentes de los niños*. Princeton. Review 2: 249-272.
- Sutton Smith, B. 1994 Paradigmas de intervención. En juego y la intervención, ed. J. Hellendorn et al. Albany: State University of New York Press.
- Sylvain, C., Ladouceur, R. y Boisvert, J. (1997). Tratamiento cognitivo y conductual de Juego patológico: un estudio controlado. *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*, 65 (5), 727-732.
- Taber, JL, McCormick, RA, & Ramírez, LF (1987). La prevalencia y el impacto de los principales factores de estrés de la vida entre los jugadores patológicos. *Internacional Diario de Adicciones*, 22, 71-79.
- Tarpy, R. M. (1999). *Aprendizaje: Teoría e Investigación Contemporáneas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R. & Tsanos, A. (1997). Distorsiones cognitivas en el juego pesado. *Journal of Gambling Estudios*, 13, 253-266.

- Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitaro, F. & Dobkin, P. L. (1994). La predicción de la aparición temprana de la conducta antisocial de la conducta masculina preescolar. *Archives of General Psychiatry*, 51, 732-739.
- Valdés, M., & De Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés, conceptos y estrategias de investigación*. Editorial Martínez Roca.
- Vázquez, C., Hernán Gómez, L. & Hervás, G. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos*. Barcelona: Masson&Elsevier.
- Vigotsky, L. (1988). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. México: Editorial Crítica, Grupo editorial Grijalbo.
- Vigotsky, L. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Ediciones Fausto.
- Vigotsky, L. S. (1987): *Historia del desarrollo de las Funciones Psíquicas Superiores*, Ed. Científico Técnica, Ciudad de la Habana, Cuba.
- Vigotsky, L.S. (1930). Sotsialisticheskayaperedelkacheloveka[La transformación socialista del hombre]. *VARNITSO*, 9-10, 36-44.
- Villoria López, C. (1998). Ansiedad y depresión en el juego patológico. *Revista Electrónica de Psicología*, 2(1).
- VirkkunenM., RawlingsR., TokolaR. (1994). Bioquímicas de LCR, el metabolismo de la glucosa y los ritmos de actividad diurna, en los delincuentes violentos alcohólicos, colocadores de bomberos y voluntarios sanos. *Arch Gen Psychiatry*, 51(1): 20-27.
- Vygotsky, L. S. (1981) *Pensamiento y Lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Wallace, J. F., Malterer, M. B., & Newman, J. P. (2009). Mapping Gray's BIS and BAS constructs onto Factor 1 and Factor 2 of Hare's Psychopathy Checklist – Revised. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 812-816
- Whiteside, S.P., & Lynam, D.R. (2001). El modelo de cinco factores y la impulsividad: Uso un modelo estructural de la personalidad para entenderla impulsividad. *Diferencias Personales e Individuales*, 30, 669-689.
- Winnicott, D. (1971/1972). *Realidad y juego*. (1º ed.) Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1971) *Realidad y Juego*. Reino Unido: Tavistock Publications.
- Winnicott, DW 1964 *Raíces de la agresión en el niño, la familia, y el mundo exterior* Harmondsworth: PenguinBooks.

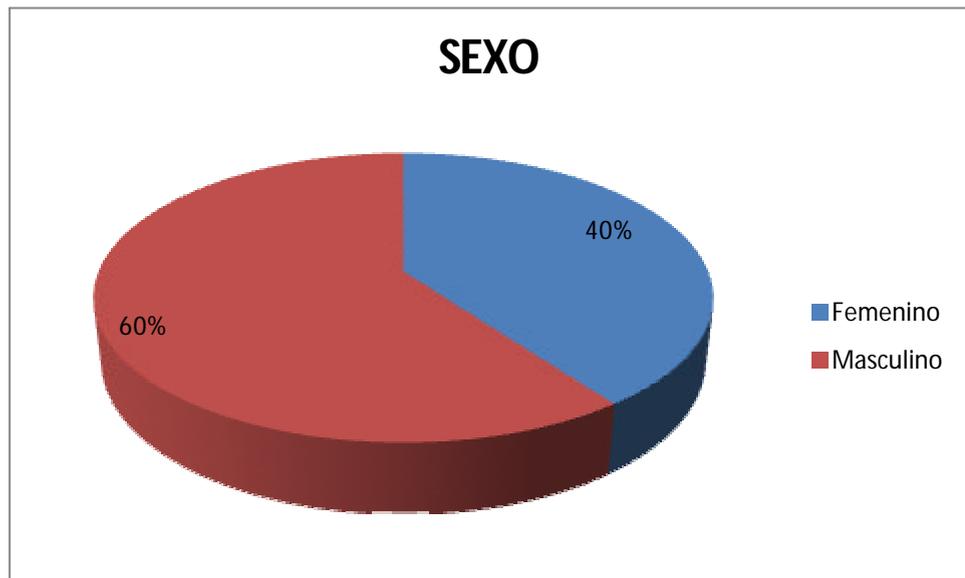
- Young, J. (1999). La terapia cognitiva de la personalidad trastornos: Un enfoque esquema ocused. Sarasota, FL: Recursos Prensa profesional.
- Zarragoitia, I. A. (2010). La estigmatización en la depresión. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 16, N° 3, págs. 254 a 268.
- Zola, I.K. (1964), "Observaciones sobre los juegos de azar en un entorno de clase baja ", en *El otro lado: Perspectivas sobre la desviación*, H.S. Becker (ed), Free Press, Nueva York, .pp 247-260.
- Zuckerman, M. (1994). Expresiones biológicas y fundamentos biosociales de la búsqueda de sensaciones. Cambridge univ.Press, Nueva York.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Thornquist, M. &Kiers, H. (1991).Cinco(o tres) robustos factores de escala cuestionario de la personalidad sin cultura. *Personalidad y diferencias individuales*, 1991; 12:929-941.

ANEXOS

ANEXO 1 - GRÁFICOS

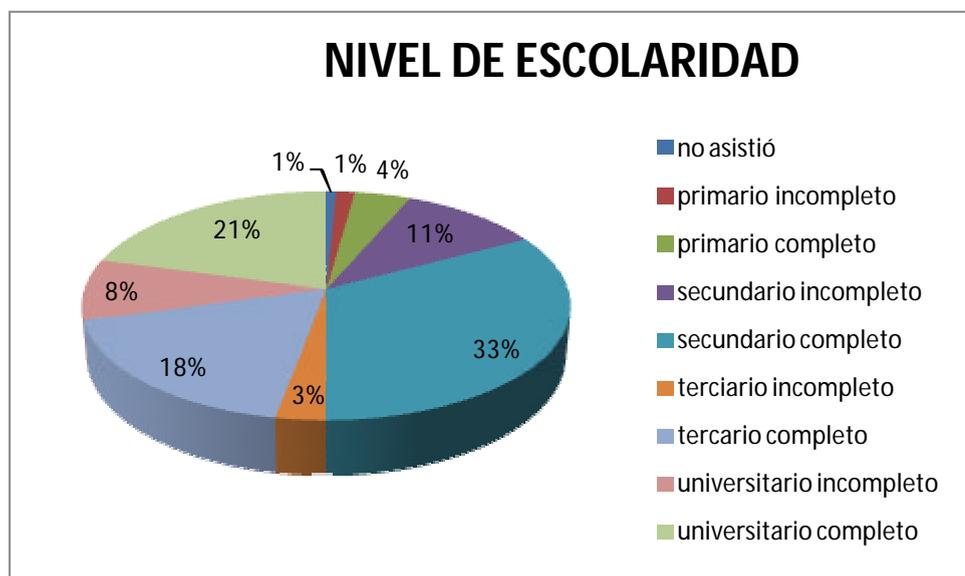
A.1.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1. Sexo Correspondiente al Total de la Muestra (Ludópatas-No ludópatas){ XE "Gráfico 1. Nivel de escolaridad de las mujeres adultas que se atendían en el Instituto Ángel Roffo por un cáncer de mama en estadio II o III, durante el último trimestre del año 2011." }



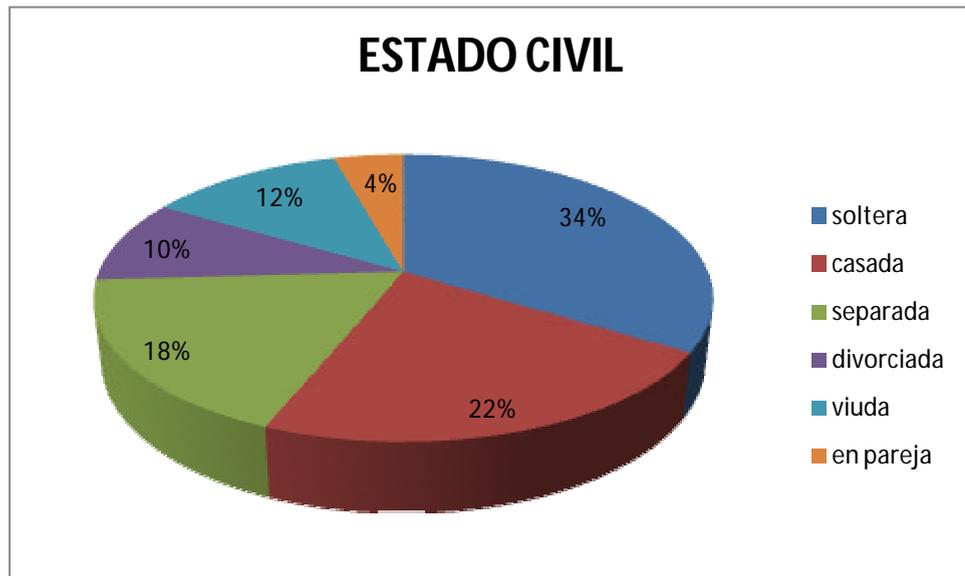
- El 60% del total de la muestra se encuentra compuesto por personas de sexo masculino, mientras que el 40% se compone por personas de sexo femenino.

Gráfico 2. Nivel de Escolaridad (Ludópatas y No ludópatas){ XE "Gráfico 1. Nivel de escolaridad de las mujeres adultas que se atendían en el Instituto Ángel Roffo por un cáncer de mama en estadio II o III, durante el último trimestre del año 2011." }



-El nivel de escolaridad se encuentra distribuido de la siguiente manera: el 1% no tuvo acceso a la escolaridad, 1% posee nivel primario incompleto, el 4 % posee hasta el nivel primario completo, el 11% no completó el nivel secundario, el 33% completó sus estudios secundarios, el 3% tiene nivel terciario incompleto, el 18% completó sus estudios terciarios, el 8% no culminó con sus estudios universitarios y el 21% posee un título universitario.

Gráfico 3. Estado Civil.



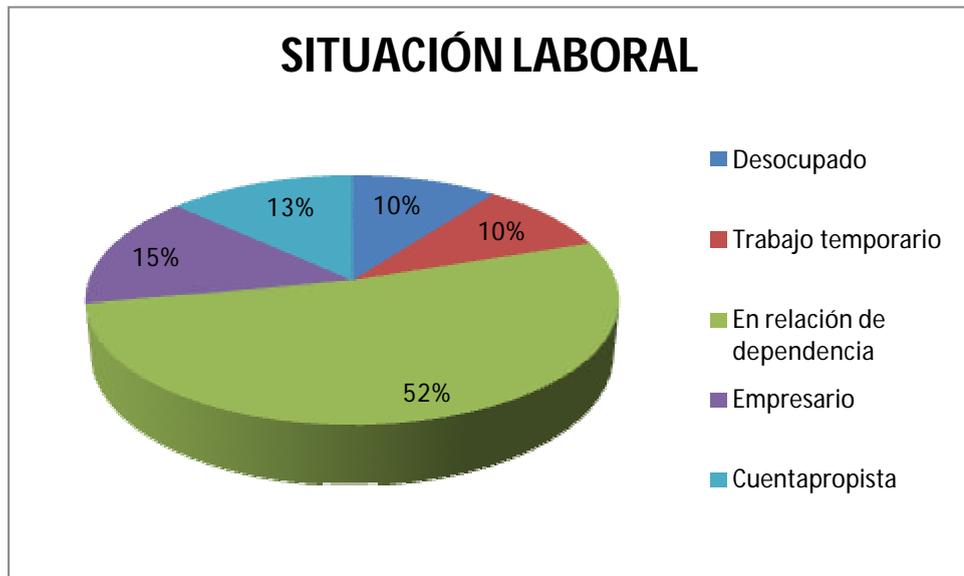
-Respecto al estado civil se encontró que el 34% posee estado civil soltero, el 22% se encuentra casado legalmente, el 18% se separó de hecho, el 10% se divorció legalmente, el 12% refieren haber enviudado y el 4% expresa encontrarse en pareja.

Gráfico 4. ¿Con quién Vive?



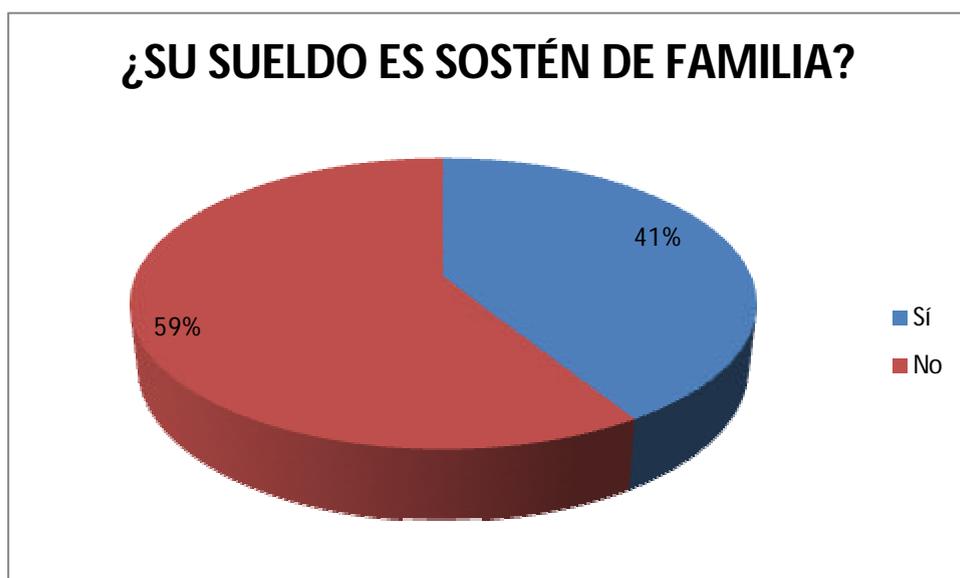
Respecto al grupo conviviente el 18% refiere vivir solo, el 27% asume vivir con sus padres, el 18% convivir en pareja, el 25% dice vivir con su pareja e hijos y el 12% refiere otros modos diferentes de convivencia.

Gráfico 5. Situación Laboral.



En relación a la situación laboral el 10% del total de la muestra expresa encontrarse desocupado, el 10% se encuentra realizando trabajos temporarios, el 52% trabaja en relación de dependencia, el 15% refiere ser empresario y el 13% expresa trabajar de modo independiente.

Gráfico 6. ¿Su sueldo es Sostén de Familia?

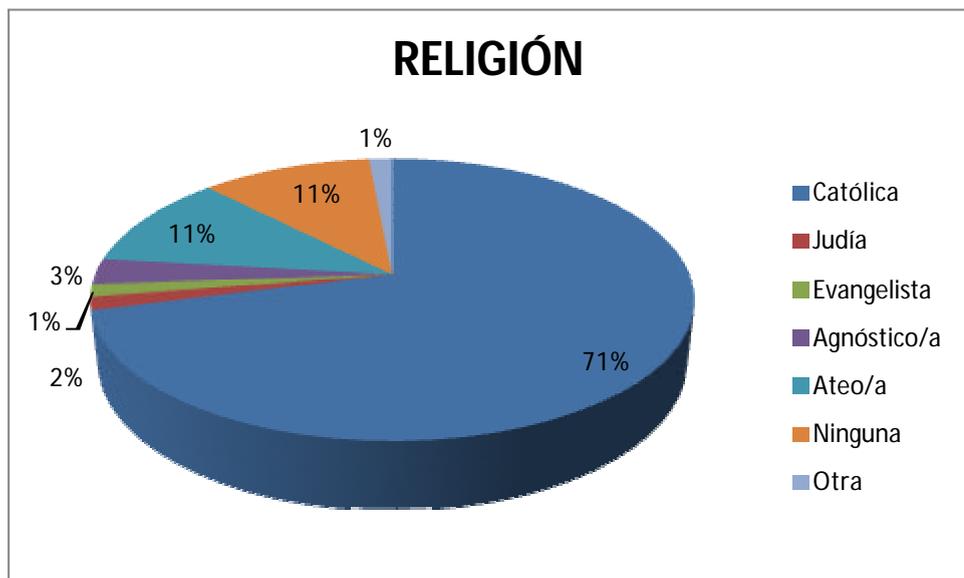


{ XE "Gráfico

5. Actividad asociada al bienestar que realizan las mujeres adultas que se atendían en el Instituto Ángel Roffo por un cáncer de mama en estadio II o III, durante el último trimestre del año 2011. " }

-El 41% de la muestra expresa que sus ingresos son el sostén económico familiar, mientras que el 59% refiere lo contrario.

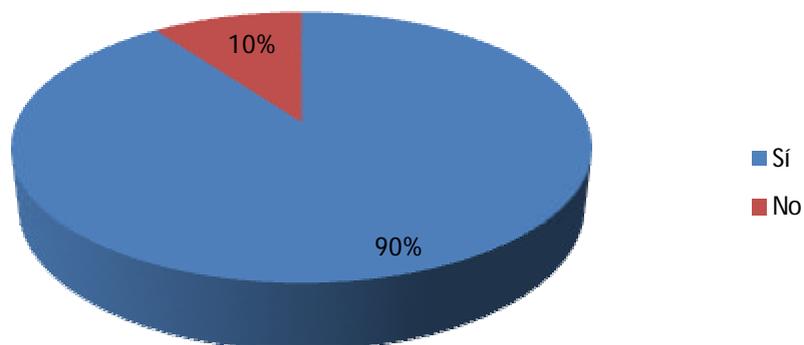
Gráfico 7. Religión



- Respecto de la religión: el 71% del total de la muestra se considera católico. El 2% refiere ser judío, el 1% dice ser evangelista, el 3% se considera agnóstico, el 11% es ateo, el 11% no cree en ninguna religión, mientras que el 1% refiere adherir a otras religiones distintas de las mencionadas.

Gráfico 8. ¿Cree que los juegos de azar pueden ocasionar problemas? (no ludópatas)

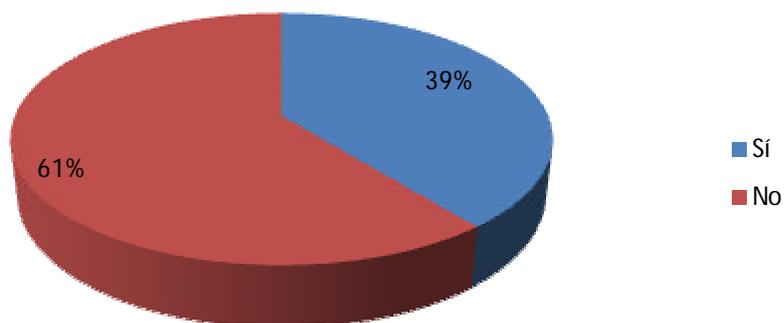
¿CREE QUE LOS JUEGOS DE AZAR PUEDEN OCASIONAR PROBLEMAS (NO LUDÓPATAS)?



-De la población No Ludópata el 90% considera que los juegos de azar pueden ocasionar problemas a quienes los practican, mientras que el 10% consiedra lo contrario.

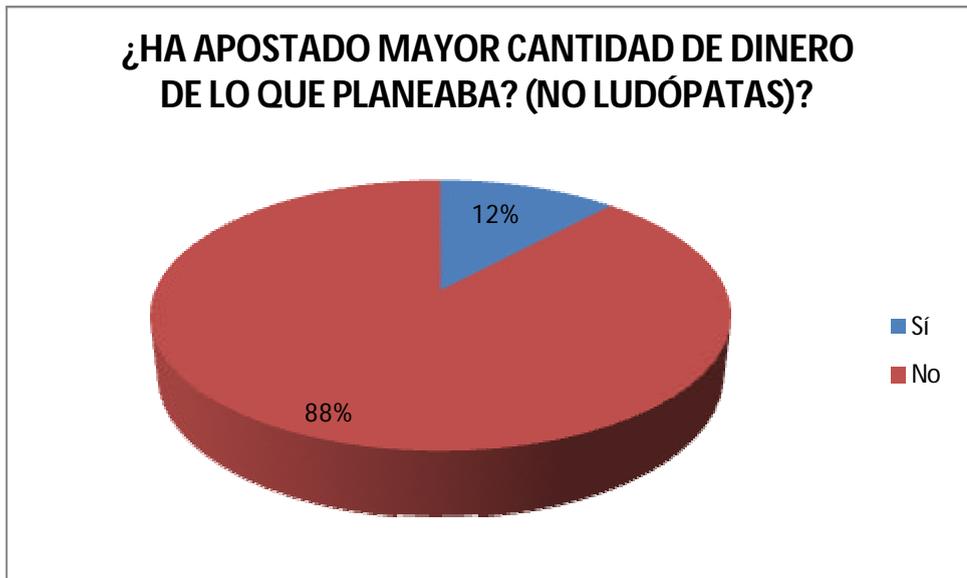
Gráfico 9. ¿Juega en alguna ocasión juegos de azar? (no ludópatas)

¿JUEGA EN ALGUNA OCASIÓN JUEGOS DE AZAR (NO LUDÓPATAS)?



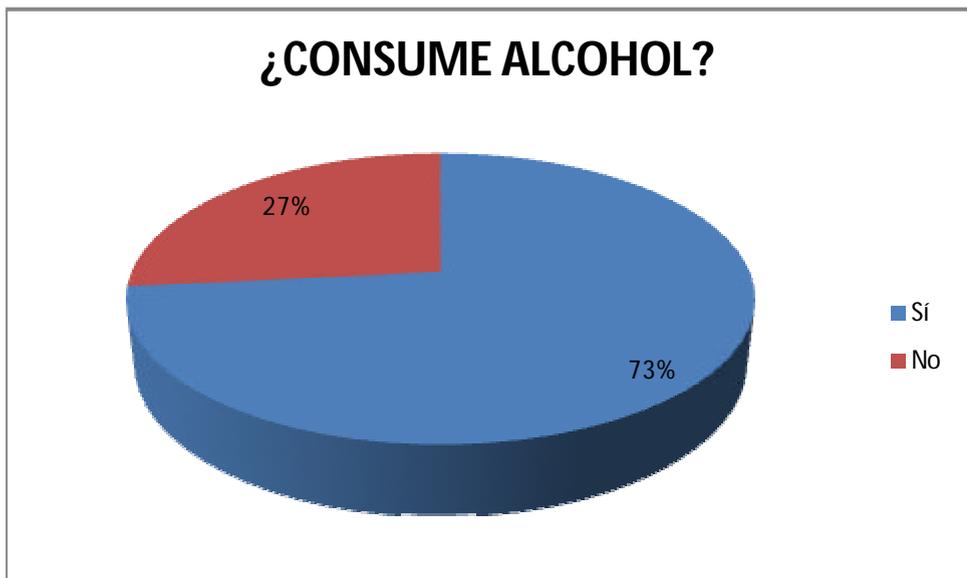
- De la poblacion No Ludópata el 61% no juega ocasionalmente a juegos de azar, mientras que el 39% reconoce esta práctica.

Gráfico 10. ¿Ha apostado mayor cantidad de dinero de lo que planeaba? (no ludópatas)



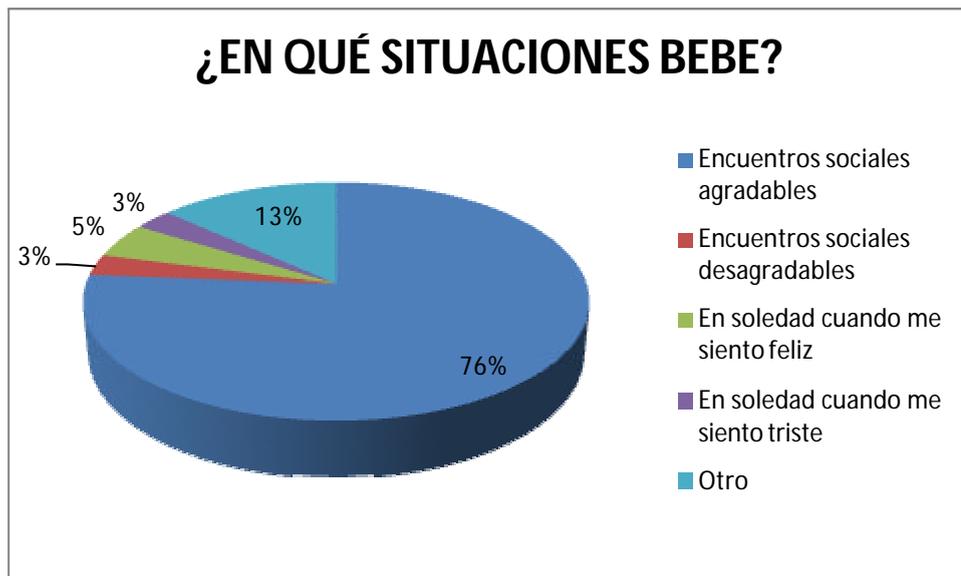
-El 88% de la población No Ludópata refiere no haber apostado en juegos de azar mayores cantidades de dinero de lo que tenían planeado, mientras que el restante 12% asume haber apostado mayor dinero en los mismos del que tenían planeado.

Gráfico 11. ¿Consume Alcohol?



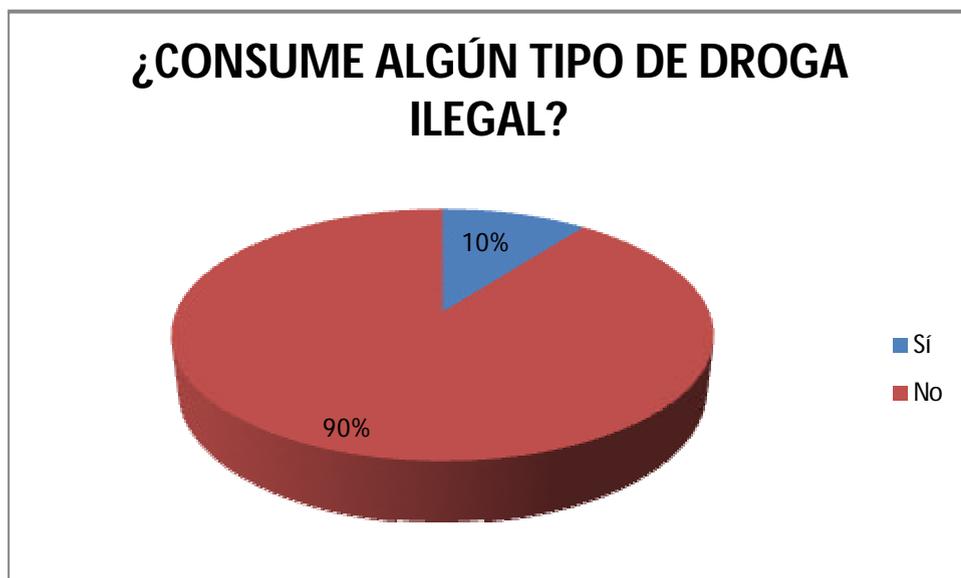
- El 73% del total de la muestra (Ludópatas y No Ludópatas) consume alcohol, mientras que el 27% expresa lo contrario.

Gráfico 12. ¿En qué situaciones bebe?



Del total de la muestra el 76% expresa beber en encuentros sociales agradables, el 3% lo hace en encuentros sociales que le resultan desagradables, el 5% bebe en soledad cuando se siente feliz, el 3% consume alcohol en soledad cuando se siente triste y el 13% refiere preferir la ingesta de alcohol en situaciones diferentes de las mencionadas.

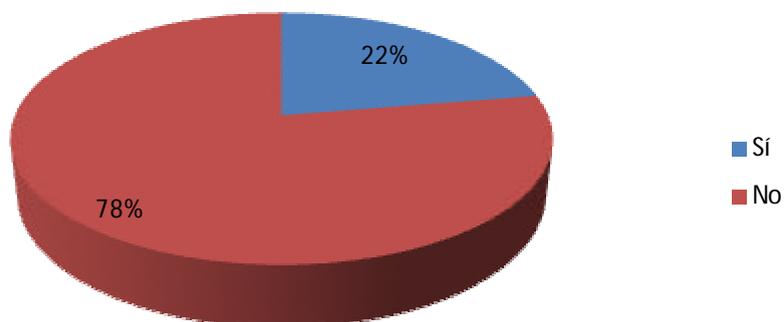
Gráfico 13. ¿Consume algún tipo de Droga Ilegal?



El 90% del total de la muestra expresa no consumir ningún tipo de droga ilegal, mientras que el 10% asume el consumo de las mismas.

Gráfico 14. ¿Toma algún tipo de medicación? (no ludópatas)

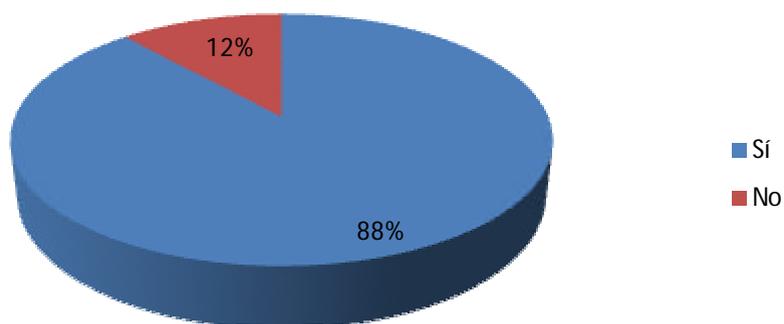
¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? (NO LUDÓPATAS)?



De la población No Ludópata el 78% refiere tomar medicación de algún tipo, mientras que el 22% restante expresa lo contrario.

Gráfico 15. Recaídas en el tratamiento actual (Ludópatas)

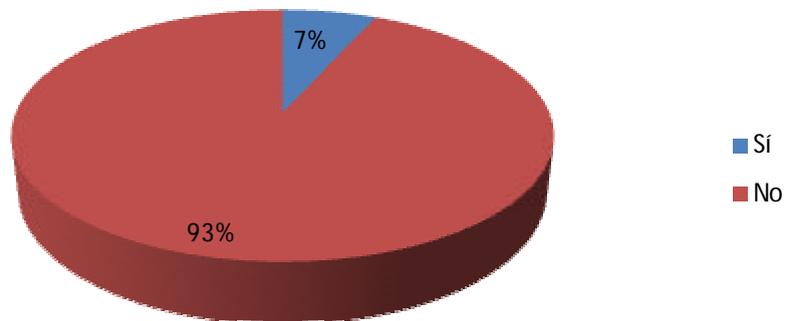
RECAÍDAS EN EL TRATAMIENTO ACTUAL (LUDÓPATAS)



-De la población Ludópata el 88% reconoce haber reincidido en el juego de azar luego de iniciado el tratamiento, mientras que el 12% restante expresa lo contrario.

Gráfico 16. ¿Toma algún Psicofármaco? (Ludópatas)

¿TOMA ALGÚN PSICOFÁRMACO? (LUDÓPATAS)



-El 7% de las personas con problemas de juego de azar patológico refieren el consumo de algún tipo de psicofármaco, mientras que el 93% expresa lo contrario.

ANEXO 2- Instrumento de recolección de los datos

Soy estudiante de psicología y estoy haciendo mi tesis para finalizar la carrera en la Universidad Abierta Interamericana. La misma refiere a Conductas de Juego.

Necesito de su colaboración completando lo que se detalla a continuación. Las encuestas son anónimas y los datos que se recaben sólo serán utilizados a los fines de la tesis, de manera que no podrán ser identificadas las personas que respondieron el cuestionario. Recuerde que no hay respuestas incorrectas, me interesa su opinión.

Desde ya muchas gracias por su colaboración.

P1: Este es un cuestionario en el que hay grupos de enunciados. Lea todo el grupo de enunciados de cada categoría. Elija después, de cada grupo, el enunciado que mejor describa su estado de ánimo hoy, es decir, en este momento. Marque con una "X" en el casillero que está junto al enunciado elegido. Debe marcar una sola opción por cada categoría. Asegúrese que ha leído todos los enunciados antes de elegir.

A

1	Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2	Me siento siempre triste y no puedo animarme.
3	Ya no encuentro satisfacción en nada.
4	No me siento triste.
	B
1	No tengo esperanzas para el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.
2	Creo que no tengo nada que esperar.
3	Me siento desanimado con respecto al futuro.
4	No me siento especialmente pesimista o desanimado con respecto al futuro.
	C
1	Creo que como persona soy un completo fracaso (padre, marido, mujer, etc.)
2	Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver es una sucesión de fracasos.
3	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
4	No me considero un fracaso.
	D
1	Estoy descontento con todo.
2	Ya no encuentro satisfacción en nada.
3	No encuentro en las cosas el mismo placer que antes.
4	No estoy especialmente descontento.
	E
1	Me siento como si fuera muy malo e inservible.
2	Me siento culpable.
3	Muchas veces me siento malo e inservible.
4	No me siento especialmente culpable.
	F
1	Me odio.
2	Estoy disgustado conmigo mismo.
3	Me siento decepcionado conmigo mismo.

4	No me siento decepcionado conmigo mismo.
	G
1	Me mataría si tuviera la oportunidad.
2	Tengo planes definidos para suicidarme.
3	Creo que sería mejor que me muriera.
4	No tengo ideas de auto-agresión.
	H
1	He perdido todo interés en los demás y no me importa nada.
2	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás y me importa poco de ellos.
3	Estoy menos interesado que antes en los demás.
4	No he perdido interés en los demás.
	I
1	No puedo tomar decisiones en absoluto.
2	Tengo dificultad para tomar decisiones.
3	Trato de postergar la toma de decisiones.
4	Tomo decisiones tan bien como antes.
	J
1	Me parece que soy horrible o de apariencia repulsiva.
2	Creo que se han producido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
3	Me preocupa el envejecer o tener un aspecto poco atractivo.
4	No creo que tenga peor aspecto que antes.
	K
1	No puedo trabajar en absoluto.
2	Tengo que forzarme mucho para hacer algo.
3	Me exige un esfuerzo extra el comenzar a hacer algo.
4	Puedo trabajar tan bien como antes.
	L

1	Me siento demasiado fatigado para hacer algo.
2	Me canso al hacer cualquier cosa.
3	Me canso más fácilmente que antes.
4	No me canso más que antes.
	M
1	No tengo nada absolutamente de apetito.
2	Mi apetito ha disminuido mucho.
3	No tengo apetito como antes.
4	Mi apetito no ha disminuido.
	N
1	Siento que merezco ser castigado.
2	Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
3	Siento que algo puede sucederme.
4	No me siento castigado.
	O
1	Me culpo por todo lo malo que pasa.
2	Me culpo por mis faltas.
3	Me critico por mi debilidad o mis errores.
4	No estoy decepcionado conmigo mismo.
	P
1	Antes lloraba. Ahora no puedo aunque quisiera.
2	Lloro todo el tiempo.
3	Lloro más que antes.
4	No suelo llorar más de lo normal.
	Q
1	No me irrito por las cosas que solía irritarme antes.
2	Me siento irritado todo el tiempo.
3	Me irrito o me enojo más fácilmente de lo que solía hacerlo.
4	No estoy más irritado ahora de lo que puedo estar.

	R
1	Me levanto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.
2	Me levanto 1 o 2 horas más temprano que antes y me cuesta volver a dormir.
3	Me levanto por la mañana más cansado que habitualmente.
4	Puedo dormir tan bien como antes.
	S
1	He perdido más de 7 kilos.
2	He perdido más de 5 kilos.
3	He perdido más de 2 kilos y medio.
4	Ultimamente no he perdido nada, o casi nada de peso.
	T
1	Me absorbe completamente el pensamiento de cómo me siento.
2	Estoy tan preocupado pensando cómo me siento o qué es lo que siento que me resulta difícil pensar en otra cosa.
3	Me preocupan los dolores o los malestares estomacales o la constipación.
4	No me preocupo más de lo habitual por mi salud.
	U
1	He perdido totalmente mi interés por el sexo.
2	Estoy mucho menos interesado en el sexo actualmente.
3	Estoy menos interesado en el sexo que antes.
4	No he notado ningún reciente cambio en cuanto a mi interés por el sexo.

P2: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

Usted deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones poniendo una cruz (X) en la opción que más se condiga con usted, solo una.

Por favor no deje ningún ítem sin responder.

	Raramente o Nunca	Ocasional mente	A menudo	Siempre o casi siempre
1 Planifico mis tareas con cuidado				
2 –Hago las cosas sin pensarlas				
3 –Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4 –Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5 –Planifico mis viajes con antelación				
6 –Soy una persona con autocontrol				
7 –Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8 –Ahorro con regularidad				
9 –Se me hace difícil estar quieto-a por largos períodos de tiempo				
10 – Pienso las cosas cuidadosamente				
11 –Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12 –Digo las cosas sin pensarlas				
13 –Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14 –Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)				

15 –Actúo impulsivamente				
16 –Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17 –Visito al médico y al dentista con regularidad				
18 –Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19 –Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20 –Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21 –Compro cosas impulsivamente				
22 –Yo termino lo que empiezo				
23 –Camino y me muevo con rapidez				
24 –Resuelvo los problemas experimentando				
25 –Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26 –Hablo rápido				
27 –Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28 –Me interesa más el presente que el futuro				
29 –Me siento inquieto-a en clases o charlas (me siento inquieto-a si tengo que oír a				

alguien hablar por un largo período de tiempo)				
30-Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Datos de Socio-Demográficos:

1. Sexo: Femenino Masculino

2. Edad: años

3. Estado Civil:

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

En pareja

4. Tiene hijos: ¿Cuántos?.....(indique número)

5. ¿Con quién vive?

a. Solo

b. Con sus padres

c. Con su pareja

d. Pareja e hijos

e. Otros Por favor especifique.....

6. Situación ocupacional:

Desocupado Trabajo temporario

En relación de dependencia Cuentapropista

Empresario

7. En caso de trabajar: ¿su sueldo es sostén de familia?

Sí No

8. ¿Cuánto tiempo hace que está en su actual trabajo?..... (Indique número)

9. Usted trabaja en el ámbito:

a. Privado

- b. Público
- c. Ambos
- d. Otro

10. ¿Cuánto dinero gana al mes?....

11. ¿Cuál es su máximo Nivel de Educación alcanzado?

(Indique por favor con una cruz)

- a. No asistió
- b. Primario Incompleto
- c. Primario Completo
- d. Secundario Incompleto
- e. Secundario Completo
- f. Terciario Incompleto
- g. Terciario completo
- h. Universitario Incompleto
- i. Universitario Completo

12. En caso de tener estudios terciarios o universitarios completos, indique el título que le fue otorgado:.....

13. Zona de Residencia: Indicar Localidad.....

14. ¿Cree usted en alguna religión? (indique con una cruz la opción que corresponda)

- a- Católica
- b- Judía
- c- Protestante
- d- Evangelista
- e- Agnóstico/a (desconoce lo divino)
- f- Ateo/a (no cree en la existencia a Dios)

g- Ninguna

h- Otra

Indique cuál.....

15. Pensando en la respuesta que eligió en la pregunta anterior ¿Qué importancia tiene en su vida cotidiana?

a- Nada importante

b- Poco importante

c- Algo importante

d- Muy importante

16. ¿Hace cuántos años comenzó a jugar?(indique número)

17. ¿Cuándo comenzó el tratamiento actual?....día.....mes....año (aproximadamente)

18. Desde que está en el actual tratamiento: ¿tuvo alguna recaída, es decir, volvió a jugar? Sí No ¿Cuántas veces?(indique número)

19. ¿Este es su primer tratamiento? Sí No

20. Si su respuesta anterior fue “ no”, ¿cuántos tratamientos ha comenzado anteriormente?.....(indique número)

21. ¿Cuándo comenzó su primer tratamiento?día.....mes....año (aproximadamente)

22. ¿Consume alcohol? Sí No

23. De haber sido su respuesta un Si, ¿En qué situaciones bebe?

a. Encuentros sociales agradables

b. Encuentros sociales desagradables

c. En soledad cuando me siento feliz

d. En soledad cuando me siento triste

e. Otros:

Especifique:.....

24. ¿Bebe más de tres litros por semana?

Sí No

25. ¿Consume algún tipo de droga ilegal?

Sí No

26. Si su respuesta fue Si: ¿Con qué frecuencia?.....

27. ¿Toma algún tipo de psicofármaco?

Sí No

28. Si su respuesta fue Si: Por favor especificar cual, su indicación y si es ésta supervisada por un profesional

.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Protocolo Personas No Ludópatas

Soy estudiante de psicología y estoy haciendo mi tesis para finalizar la carrera en la Universidad Abierta Interamericana. Necesito de su colaboración completando lo que se detalla a continuación. Las encuestas son anónimas y los datos que se recaben sólo serán utilizados a los fines de la tesis, de manera que no podrán ser identificadas las personas que respondieron el cuestionario. Recuerde que no hay respuestas incorrectas, nos interesa su opinión.

Desde ya muchas gracias por su colaboración.

P1: Este es un cuestionario en el que hay grupos de enunciados. Lea todo el grupo de enunciados de cada categoría. Elija después, de cada grupo, el enunciado que mejor describa su estado de ánimo hoy, es decir, en este momento. Marque con una "X" en el casillero que está junto al enunciado elegido. Debe marcar una sola opción por cada categoría. Asegúrese que ha leído todos los enunciados antes de elegir.

	A
	Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
	Me siento siempre triste y no puedo animarme.
	Ya no encuentro satisfacción en nada.
	No me siento triste.
	B
	No tengo esperanzas para el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.
	Creo que no tengo nada que esperar.
	Me siento desanimado con respecto al futuro.
	No me siento especialmente pesimista o desanimado con respecto al futuro.
	C
	Creo que como persona soy un completo fracaso (padre, marido, mujer, etc.)
	Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver es una sucesión de fracasos.
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	No me considero un fracaso.
	D
	Estoy descontento con todo.
	Ya no encuentro satisfacción en nada.
	No encuentro en las cosas el mismo placer que antes.
	No estoy especialmente descontento.
	E
	Me siento como si fuera muy malo e inservible.
	Me siento culpable.
	Muchas veces me siento malo e inservible.
	No me siento especialmente culpable.
	F
	Me odio.
	Estoy disgustado conmigo mismo.

	Me siento decepcionado conmigo mismo.
	No me siento decepcionado conmigo mismo.
	G
	Me mataría si tuviera la oportunidad.
	Tengo planes definidos para suicidarme.
	Creo que sería mejor que me muriera.
	No tengo ideas de auto-agresión.
	H
	He perdido todo interés en los demás y no me importa nada.
	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás y me importa poco de ellos.
	Estoy menos interesado que antes en los demás.
	No he perdido interés en los demás.
	I
	No puedo tomar decisiones en absoluto.
	Tengo dificultad para tomar decisiones.
	Trato de postergar la toma de decisiones.
	Tomo decisiones tan bien como antes.
	J
	Me parece que soy horrible o de apariencia repulsiva.
	Creo que se han producido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
	Me preocupa el envejecer o tener un aspecto poco atractivo.
	No creo que tenga peor aspecto que antes.
	K
	No puedo trabajar en absoluto.
	Tengo que forzarme mucho para hacer algo.
	Me exige un esfuerzo extra el comenzar a hacer algo.
	Puedo trabajar tan bien como antes.

	L
	Me siento demasiado fatigado para hacer algo.
	Me canso al hacer cualquier cosa.
	Me canso más fácilmente que antes.
	No me canso más que antes.
	M
	No tengo nada absolutamente de apetito.
	Mi apetito ha disminuido mucho.
	No tengo apetito como antes.
	Mi apetito no ha disminuido.
	N
	Siento que merezco ser castigado.
	Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.
	Siento que algo puede sucederme.
	No me siento castigado.
	O
	Me culpo por todo lo malo que pasa.
	Me culpo por mis faltas.
	Me critico por mi debilidad o mis errores.
	No estoy decepcionado conmigo mismo.
	P
	Antes lloraba. Ahora no puedo aunque quisiera.
	Lloro todo el tiempo.
	Lloro más que antes.
	No suelo llorar más de lo normal.
	Q
	No me irrito por las cosas que solía irritarme antes.
	Me siento irritado todo el tiempo.
	Me irrito o me enojo más fácilmente de lo que solía hacerlo.

	No estoy más irritado ahora de lo que puedo estar.
R	
	Me levanto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.
	Me levanto 1 o 2 horas más temprano que antes y me cuesta volver a dormir.
	Me levanto por la mañana más cansado que habitualmente.
	Puedo dormir tan bien como antes.
S	
	He perdido más de 7 kilos.
	He perdido más de 5 kilos.
	He perdido más de 2 kilos y medio.
	Ultimamente no he perdido nada, o casi nada de peso.
T	
	Me absorbe completamente el pensamiento de cómo me siento.
	Estoy tan preocupado pensando cómo me siento o qué es lo que siento que me resulta difícil pensar en otra cosa.
	Me preocupan los dolores o los malestares estomacales o la constipación.
	No me preocupo más de lo habitual por mi salud.
U	
	He perdido totalmente mi interés por el sexo.
	Estoy mucho menos interesado en el sexo actualmente.
	Estoy menos interesado en el sexo que antes.
	No he notado ningún reciente cambio en cuanto a mi interés por el sexo.

P2: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

Usted deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones poniendo una cruz (X) en la opción que más se condiga con usted, solo una.

Por favor no deje ningún ítem sin responder.

	Raramente o Nunca	Ocasional mente	A menudo	Siempre o casi siempre
1 Planifico mis tareas con cuidado				
2 –Hago las cosas sin pensarlas				
3 –Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4 –Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5 –Planifico mis viajes con antelación				
6 –Soy una persona con autocontrol				
7 –Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8 –Ahorro con regularidad				
9 –Se me hace difícil estar quieto-a por largos períodos de tiempo				
10 – Pienso las cosas cuidadosamente				
11 –Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12 –Digo las cosas sin pensarlas				
13 –Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14 –Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)				

15 –Actúo impulsivamente				
16 –Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17 –Visito al médico y al dentista con regularidad				
18 –Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19 –Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20 –Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21 –Compro cosas impulsivamente				
22 –Yo termino lo que empiezo				
23 –Camino y me muevo con rapidez				
24 –Resuelvo los problemas experimentando				
25 –Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26 –Hablo rápido				
27 –Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28 –Me interesa más el presente que el futuro				
29 –Me siento inquieto-a en clases o charlas (me siento inquieto-a si tengo que oír a				

alguien hablar por un largo período de tiempo)				
30-Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Datos de Socio-Demográficos:

5. Sexo: Femenino Masculino

6. Edad: años

7. Estado Civil:

Soltero Casado Separado Divorciado

En pareja Viudo

4. Tiene hijos: ¿Cuántos?..... (Indique número)

5. ¿Con quién vive?

f. Solo

g. Con sus padres

h. Con su pareja

i. Pareja e hijos

e. Otros Por favor especifique.....

6. Situación ocupacional: Desocupado Trabajo temporario

En relación de dependencia

Empresario Cuenta-propista

7. En caso de trabajar: ¿su sueldo es sostén de familia?

Sí No

8. ¿Cuánto tiempo hace que está en su actual trabajo?.....(indique número)

9. Usted trabaja en el ámbito:

a. Privado

b. Público

c. Ambos

d. Otro

10. ¿Cuánto dinero gana al mes?

11. ¿Cuál es su máximo Nivel de Educación alcanzado? (indique por favor con una cruz)

a. No asistió

b. Primario Incompleto

c. Primario Completo

d. Secundario Incompleto

e. Secundario Completo

f. Terciario Incompleto

g. Terciario completo

h. Universitario Incompleto

i. Universitario Completo

12. En caso de tener estudios terciarios o universitarios completos, indique el título que le fue otorgado:.....

13. Zona de Residencia: Indicar Barrio.....

Indicar Localidad.....

14. ¿Cree usted en alguna religión? (indique con una cruz la opción que corresponda)

i- Católica

j- Judía

k- Protestante

l- Evangelista

m- Agnóstico/a (desconoce lo divino)

n- Ateo/a (no cree en la existencia a Dios)

o- Ninguna

p- Otra

Indique cuál.....

15. Pensando en la respuesta que eligió en la pregunta anterior ¿Qué importancia tiene en su vida cotidiana?

- e- Nada importante
- f- Poco importante
- g- Algo importante
- h- Muy importante

16. Hablando en general: ¿cree usted que los juegos de azar (loterías, máquinas tragamonedas, juegos de casino etc.) pueden ocasionar problemas a la gente que los practica?

17. ¿Juega usted en alguna ocasión a juegos de azar?

Sí No

18. Ha apostado en alguna ocasión mayor cantidad de dinero de lo que planeaba

Sí No

19. ¿Cree que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

Sí No

20. ¿Se ha sentido culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

Sí No

21. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

Sí No

22. ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas?

Sí No

23. ¿Consume alcohol?

Sí No

24. De haber sido su respuesta un Si, ¿En qué situaciones bebe?

- a. Encuentros sociales agradables
- b. Encuentros sociales desagradables
- c. En soledad cuando me siento feliz
- d. En soledad cuando me siento triste
- e. Otros:

Especifique:.....

25. ¿Bebe más de tres litros por semana?

Sí No

26. ¿Consume algún tipo de droga ilegal?

Sí No

27. Si su respuesta fue Si: ¿Con qué frecuencia?.....

28. ¿Toma algún tipo de psicofármaco?

Sí No

29. Si su respuesta fue Si: Por favor especificar cuál y su indicación

.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Proyecto de Investigación, Tesis de Grado, "Depresión e Impulsividad en personas ludópatas y no ludópatas".

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La meta de este estudio es analizar si existe asociación entre Impulsividad y Depresión en personas Ludópatas y no Ludópatas que residan en el Gran Buenos Aires.

La presente investigación es llevada adelante por una estudiante avanzada de la carrera Lic. En Psicología, de la Universidad Abierta Interamericana, a los fines de la confección de su Tesis de Grado.

Si usted accede a participar en el presente estudio, se le solicitará completar un formulario que incluye preguntas acerca de sus modos de pensar, sentir y proceder diarios, además de cierta información socio demográfica. Esto tomará aproximadamente 15 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las respuestas codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, **serán anónimas.**

Dado que no es una Evaluación Psicológica, sino solamente la administración de dos técnicas, **no es posible dar una devolución de resultados.**

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, **puede usted interrumpir la solicitud** en cualquier ocasión que así lo requiera, **sin que eso lo perjudique en forma alguna.**

Desde ya agradezco enormemente su participación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella, y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que esto me resulte perjudicial.

FIRMA:.....

FECHA:/...../...../

Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación).

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

FIRMA DEL TESTIGO:.....

FECHA:/...../...../