



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE TESINA:

¿Qué relación existe entre el Perfil Cognitivo, el Estado Emocional y la Adicción al Juego en Mujeres Adulto Maduro (45/60 años) que asisten a una sala de juegos de la Ciudad de Rosario, Santa Fe Argentina, durante el primer semestre del año 2018?

Por:

Larrubia Arancibia, Nadia Melina

Director:

Psiquiatra Giauque Carina

Mat. 13726

Docente Asesor:

Licenciada Nores Rosana

14 de Febrero del 2018.-

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.-

Índice:

Agradecimientos	2
Introducción	4
Marco Teórico	7
Material y Métodos:	23
<i>Sitio de investigación:</i>	23
<i>Tipo de estudio:</i>	23
<i>Población y muestra:</i>	24
Instrumentos y técnicas para la recolección de datos:	25
<i>Operacionalización de Variables:</i>	26
Plan de Analisis	38
Plan de Trabajo:	43
Anexo N°1	44
<i>Guía de convalidación de sitio</i>	45
Anexo N°2	46
<i>Consentimiento informado</i>	47
VALIDACIÓN DEL YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE	48
CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2	48
INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	50
ATQ (Pensamientos positivos y negativos)	52
Escala de valoración del estado de Animo (EVEA)	54
CUESTIONARIO DE JUEGO SOUTH OAKS (SOGS)	55
Anexo N°3	57
Justificación de sitio	58
Anexo N° 4	59
Prueba Piloto:	60
Bibliografía	61

Agradecimientos

No ha sido fácil el transcurso por esta Carrera, comencé por querer estudiar “algo”, y hoy estoy luego de 5 años pisando el Fin de un ciclo, amando una Profesión que me atrapo por completo; importantísimo para mí a nivel personal; donde he superado miedos, y donde he aprendido a confiar en mi misma.

Fueron años en los que me he exigido muchísimo, y donde también he faltado y fallado a quienes de una u otra manera me han acompañado y apoyado; es a ellos a quienes debo agradecerles...

A Iván... que fue quien me dio la posibilidad de estudiar y me banco todos estos años, por las noches de mates y desvelos, por ocupar el lugar de profesor a la hora de los repasos antes de los exámenes; y sobre todo por sumarse a esta idea de volver a los libros después de tantos años...

A mis Viejos... quienes me entendieron y me apoyaron durante todo este tiempo, y son el pilar fundamental en mi Vida...

A mis Hermanos... quienes entendieron mis ausencias, y siempre estuvieron incentivándome, confiando en MÍ, cuando los miedos me ahogaban por momentos...

A mis Sobrinos y Ahijado/as... que me enseñaron tanto, en los que me refugie cada vez que necesitaba PAZ, quienes me brindan el Amor más puro y más sano...

A mis Tías y mi Prima... que aprovechaban cada vez que tenía un momento libre, para hacerme divertir, y distraerme, así como también para alentarme a seguir...

A mis Amigas... a las que están y a las que ya no están... porque todas me apoyaron, y creyeron que yo podía cuando quizás ya ni yo lo creía...

A mis Padrinos... quienes tienen mucho que ver en mi vida, en la forma de vivirla y en lo que decido, en quienes pienso cada vez que debo tomar decisiones, quienes me dedicaron tanto tiempo... a quienes les debo tanto por lo que hicieron de MÍ...

Y por último... a vos... A mi Abuela... la “LELA”... quien me dio tanto en vida, quien aunque yo en su momento no lo supe, estaba orgullosa de MÍ... quien fue la que se puso al hombro a toda la Familia sin nada a cambio... Espero estés Orgullosa de mi, como yo lo estoy de VOS...

Gracias Infinitas a todos!!!

*“Jugar no es malo. Más aún,
el juego es parte del proceso de maduración y aprendizaje de las personas.
El problema es cuando se convierte en un síndrome de dependencia
conocido como ludopatía.”*
(Anónimo)

Introducción

El juego como actividad humana se remonta hasta hace miles de años, estando presente en diversas civilizaciones y sociedades a lo largo de la historia (Departamento de Psiquiatría UC,2013).

“Esto pone de manifiesto que esta diversión, recreación o entretenimiento ha sido necesaria e importante en el desarrollo del hombre. Sin embargo, es evidente que sus efectos en la sociedad moderna pueden ser perjudiciales cuando su práctica se vuelve excesiva.” (Ortega, Vásquez, Reidl, 2013)

Se trata de una patología que desde 1992 es reconocida como una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud.

“La ludopatía considera el comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, afectando de distinta manera al propio individuo y a su entorno” (Carmona, 2012). Es un trastorno del comportamiento que comparte características a las dependencias de sustancias, siendo el objeto de la adicción la conducta. Esta se clasifica en los manuales de enfermedades mentales, junto con la piromanía, cleptomanía y otros. (MAD, 1981)

De acuerdo a los antecedentes teóricos más relevantes, existen bases biológicas, psicológicas y sociales que explican la ludopatía. Además, el tabaquismo y el alcoholismo suelen ir asociados a la ludopatía, al igual que el consumo de otros estupefacientes.

Aunque no hay estadísticas oficiales al respecto, se estima a nivel mundial que, entre el 1% y el 3% de la población es adicta al juego. De esta población, entre 5 y 20 millones viven en América Latina. (Ludopatía, el juego que destruye., 2011)

El problema crece entre las personas de tercera edad. Tiene que ver con el abandono familiar. Al principio a los hijos les viene bien porque los tienen ocupados, no se imaginan que pueden estar estimulando una adicción. También es preocupante, porque bajó la edad de iniciación. Hace quince años los pacientes promediaban los 35 años y hoy tenemos chicos desde 18, 20 años jugando de manera compulsiva" (Calero, 2007)

En el juego patológico, al igual que en la mayoría de las adicciones, ningún factor por sí sólo puede explicar el inicio y desarrollo de este problema sino que se trata de un fenómeno multicausal, donde probablemente factores biológicos, psicológicos, socioambientales y socioeconómicos estén influyendo e interactuando en la complicada estructura de esta patología. (Guillermo Alonso Castaño Pérez, 2016, pág. 135/145)

Actualmente en Argentina, hay muchas más posibilidades de jugar que hace veinte años y, paralelamente, vivimos en una sociedad donde hay una fuerte tendencia a volcar los problemas en diferentes adicciones", comenta Franco Laporta, interventor del Instituto de Loterías y Casinos bonaerense. Y si bien debe haber una predisposición psíquica para adquirir la enfermedad, la proliferación de salas de juego no ayuda. No provocan la ludopatía, pero la facilitan (Calero, 2007)

Las estadísticas sobre el aumento de los adictos al juego se acumulan una tras otra y todas afirman que la ludopatía crece.

Según una encuesta del Instituto de Juegos de Apuestas, más de 58.000 porteños tienen problemas con el juego.

Isabel Sánchez Sosa, coordinadora de la Asociación de Jugadores Compulsivos de Argentina, afirma que "en el país la oferta es impresionante".

“No solo es la presencia cada vez más extendida de casas de juego, sino que muchas de estas están abiertas las 24 horas del día durante los 365 días del año, lo que genera una tentación irresistible para el ludópata” (Claudio, 2015)

En la provincia de Santa Fe funcionan desde hace algunos años tres casinos: en capital, en Rosario y otro en Melincué. Ello dio lugar en 2009 a la creación del Programa Juego Responsable que fue presentado por autoridades del gobierno provincial, de la Lotería de Santa Fe y de los casinos. La habilitación de una línea gratuita para hacer consultas (0800 555 6743), la capacitación a profesionales de la salud para que aprendan cómo contener a las personas adictas al juego y la difusión de la existencia del programa fueron los ejes anunciados en aquella oportunidad. (Monica, 2011)

Hasta el momento no se ha realizado una investigación sobre este Fenómeno en la provincia, que no distingue clases sociales, ni edad, ni sexo. Si bien es un tema estudiado a nivel mundial, se conoce que falta mucho más por descubrir y analizar.

Este proyecto de Investigación, pretende plantear la relación que existe entre el Perfil Cognitivo y el estado emocional de las mujeres Adulto Maduro (entre los 45 y los 60 años) que presentan adicción al juego en salas de Casino de la Ciudad de Rosario, durante el primer semestre del año 2018.

Los datos obtenidos serán sustraídos de manera indagatoria, y con actividades de rastreo de información frente a la comunidad, mediante la elaboración de guías auto-administradas, que arrojaron en otras Investigaciones resultados satisfactorios y a su vez inquietantes que incitan a la elaboración de proyecciones o recomendaciones tendientes a la solución de esta realidad.

Creemos fundamental poder diferenciar el perfil cognitivo y el estado emocional de las participantes, hay diversas teorías que muestran un enfoque diferente en cuanto a la elección de este entretenimiento, hay quienes lo relacionan con vivencias anteriores, teorías biológicas y/o de conductas adquiridas por experiencias vividas traumáticas.

En este estudio nuestra hipótesis es:

HI: El perfil cognitivo y el estado emocional modifican la adicción al juego de Mujeres Adulto Maduro (entre los 45 y los 60 años), que asisten a una sala de juegos en la Ciudad de Rosario.; también desarrollamos una serie de hipótesis a partir de las dimensiones de nuestras variables:

HO: Comportamiento desadaptativo, del juego por dinero, expone a la persona a consecuencias negativas relacionadas a su estado emocional.-

HE: Los problemas afectivos influyen en la elección de tomar el juego como Adicción.-

Los problemas afectivos están relacionados con las emociones, con la conciencia de uno mismo y con la conciencia de los sentimientos dirigidos hacia los demás. Los problemas cognitivos están relacionados con los pensamientos que intervienen en la forma de interpretar la situación y los acontecimientos, o en la forma de tomar decisiones y resolver problemas. (Caballo, 1998).

El objetivo general de este estudio es “Describir un informe sobre la relación existente entre el perfil cognitivo, el estado emocional, y la adicción al juego en mujeres Adulto Maduro (45/60

años), que frecuentan una sala de juegos en Rosario, Santa Fe, durante el primer semestre del año 2018”.-

Los objetivos específicos que se plantean para el estudio son:

- ❖ Describir el perfil cognitivo prevalente en mujeres Adulto Maduro (45/60 años)
- ❖ Describir el estado emocional en el que se encuentran las mujeres Adulto Maduro (45/60 años)
- ❖ Determinar cuál es la concepción de adicción al juego, en mujeres Adulto Maduro (45/60 años)
- ❖ Determinar la problemática a nivel social por el cual esta población de Mujeres Adulto Maduro realizan esta actividad

El propósito de la Investigación es recabar información que resulte útil, para que Enfermería pueda generar herramientas desde Atención Primaria de la Salud, y así hacerle frente a esta Enfermedad, trabajando con los pacientes, logrando la aceptación, motivación y el compromiso hacia un tratamiento, incluyendo a la familia para disminuir la incidencia.

Marco Teórico

“El homo Sapiens es también un homo Ludens, un animal que juega y que a veces declina en el azar sus propias aspiraciones. Es por ello que, desde los albores de la civilización, el hombre ha desarrollado juegos mediante los cuales pudiera conseguir bienes o recursos materiales apelando a la suerte.” Mariano Cholíz

La ludopatía es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de una adicción al juego. En quienes la padecen, nunca parece que una ganancia sea lo suficiente. El mayor placer está en jugar, jugar de una manera descontrolada y sin reconocer los propios límites para tapar problemas y preocupaciones de la vida.

En los tiempos que corren, la adicción al juego ha crecido de manera extraordinaria; y con ella aparecen conflictos en cuanto a su definición, si es o no una enfermedad, y por ende si debe o no tratarse como tal.

Son pocos los estudios que se realizaron para investigar sobre este fenómeno; la apertura de más salas de juego incrementa la cantidad de jugadores a los que podemos clasificarlos como jugador social, jugador problema y jugador patológico. Este último es en el que vamos a centrarnos para realizar esta investigación.

Hay distintos investigadores que han relacionado esta adicción al perfil cognitivo, u otros se animaron a asociarlos y fundamentarlos a procesos biológicos; pero...

- cuál es el estado emocional que transitan estos jugadores para crear esta patología?
- El perfil cognitivo y el estado emocional de estas personas están ligados a la adicción al juego?
- Existe una repetición en experiencias durante infancia que determina en la Edad Adulta el ejercicio de esta actividad?

El conocimiento de este trastorno permite a enfermería contar con herramientas útiles en APS para poder brindar la contención necesaria a este tipo de pacientes y su familia, se puede lograr la motivación necesaria para el reconocimiento de un tratamiento.-

Cuando nos preguntamos por qué una persona llega a ser un jugador patológico, encontramos una gran cantidad de factores implicados en su aparición y mantenimiento, como son factores biológicos, cognitivos, familiares, sociales y culturales, cuyo peso específico varía en cada individuo, lo que nos lleva a hablar de trastornos psiquiátricos de un origen multicausal.

Diversas corrientes psicológicas han dado mayor o menor peso a cada uno de los factores mencionados pero todos ellos pueden integrarse en un marco global que ayude a comprender y explicar mejor el trastorno. Por ello, McCornick y Ramírez (1988) han propuesto “un modelo integrador, basado en la teoría de la personalidad, donde consideran cinco dimensiones predisponentes para el desarrollo de las conductas de juego que condicionan el perfil individual y característico del jugador”:

- Predisposición o vulnerabilidad biológica, transmitida hereditariamente.
- Fracaso en la socialización, entendida como la no adquisición de las habilidades necesarias para relacionarse de forma adecuada en el medio social, así como desarrollo de actitudes y conductas competitivas en vez de colaboradoras.
- Contacto con situaciones y eventos estresantes durante las primeras etapas de la vida.
- Cierta estilo de personalidad y posibles trastornos de la misma.
- Contacto reciente con situaciones y eventos estresantes.

Teniendo en cuenta la presencia siempre de un factor clave, que sería la exposición prolongada a situaciones de juego (aprendizaje o imitación de la conducta).

Factores predisponentes

Factores individuales

- **Relacionados con la personalidad:** se considera que los jugadores patológicos tienden a un alto nivel de neuroticismo (tendencia a la ansiedad, inseguridad y preocupación) y de extraversión (tendencia a la sociabilidad y a la búsqueda de excitación y estimulación), aunque los resultados de estudios no son concluyentes. Sí parece identificarse un factor de búsqueda de sensaciones que podría ser tanto causa como consecuencia de la conducta adictiva.
- **Relacionados con la biología:** en este caso se habla de un nivel de activación anormal. Según Jacobs, las personas con alteraciones crónicas de la activación psicológica (aunque también se producen alteraciones de activación psicofisiológica, que se verá influida por la psicológica) son las que corren mayor riesgo de adquirir dependencia, dado el alivio que se produce de esa situación de estrés crónico.
- **Relacionados con el aprendizaje:** la simple exposición al mismo, así como el aprendizaje de la conducta de juego mediante el modelado por parte del entorno cercano pueden contribuir al desarrollo de la misma.
- **Relacionados con la cognición:** Para las teorías cognitivas, como la Teoría Racional Emotiva (RET en sus siglas inglesas) de la Adicción o la de Percepción Ilusoria de Control, existen ciertas alteraciones cognitivas que influyen en el inicio y el mantenimiento de la conducta de juego o son agravadas por ésta. Se establecen pensamientos irracionales, distorsionados y erróneos, que llevan a asumir más riesgos, desarrollando una cierta ilusión o percepción de control sobre el resultado del juego.

Factores familiares

Entre los factores familiares que parecen predisponer al juego se identifican entre otros, según la Sociedad Americana de Psiquiatría, una disciplina familiar inadecuada, inconsistente o excesivamente permisiva; la exposición al juego durante la adolescencia, la ruptura del hogar, unos valores familiares apoyados sobre símbolos materiales y financieros, la falta de planificación y el despilfarro familiar, etc.

Factores sociales

Destacan la extraordinaria disponibilidad y el acceso fácil al juego, así como la aceptación social, que incrementan la prevalencia del juego patológico en la población. A medida que la participación en el juego se extiende a la población en general, también lo hace la incidencia del juego patológico. Dentro de la exposición al juego, también podemos distinguir varios aspectos, como el tipo y el número de juegos legalizados, el acceso a los juegos, el poder adictivo del juego y las primeras experiencias con éste. Y por último destacaremos también los medios de comunicación, que ejercen un poder de persuasión importante sobre la población.

Factores mantenedores

Refuerzos positivos y negativos

Los refuerzos positivos pueden ser muy diversos: el dinero que es posible obtener, las ilusiones de riqueza, éxito, grandeza, poder, etc., el refuerzo social así como la activación fisiológica de la que antes se ha hablado. Estos refuerzos son intermitentes y variables, y producen una mayor excitación y deseo de mantener la conducta de juego. Los refuerzos negativos como se comentaba al principio son aquellos que nos liberan de algo desagradable o molesto, empujándonos a mantener la conducta por dicho motivo. **En el caso de los jugadores el juego les ayuda a disminuir o eliminar sensaciones o emociones desagradables**, como tristeza, aburrimiento, nerviosismo, malestar con uno mismo, etc., ya que lo utilizan para evadirse de sus problemas. Sin embargo, los problemas aumentan a medida que la persona se introduce más en la conducta de juego, por lo que entrará en un círculo vicioso del que le será difícil salir.

Estímulos discriminativos

Los estímulos discriminativos son los que atraen la atención del jugador y favorecen que se produzca la respuesta de juego. Entre ellos podemos señalar los sonidos, las luces, la música, etc., que el jugador llega a asociar con las sensaciones agradables que le producen o el alivio de las desagradables. En el caso de las máquinas tragamonedas, dichos estímulos además de resultar atractivos contribuyen a crear ideas sobredimensionadas de éxito, generando la sensación cuando se asocian a un premio de que la ganancia es mayor.

Distorsiones cognitivas e ilusiones irracionales

Cuando los jugadores llevan a cabo la conducta de jugar, procesan la información que reciben de un modo que conduce a pensamientos erróneos que en ese momento consideran válidos, y, por lo tanto, a los sesgos cognitivos, así como a creencias y pensamientos irracionales, como ya se comentó antes.

Algunos de estos errores son:

- Formular hipótesis sobre el juego. (Intentar predecir resultados estableciendo asociaciones más allá del azar).
- Confirmación o predicción de una hipótesis, así como sorpresa cuando no se confirma.
- Relación causa-efecto.

- Situar el mérito o el error en uno mismo, percepción de habilidad personal y/o control, referencia a habilidades personales.

Todas estas creencias e ideas irracionales guardan relación con los distintos sesgos cognitivos (pensamientos distorsionados, sobredimensionados o ilógicos) que afectan la percepción del juego.

A continuación se enumeran los tres más importantes:

- **La ilusión de control:** Se corresponde con las expectativas de éxito personal que se mantienen sin tener en cuenta el azar. En muchas ocasiones este supuesto control sobre los resultados se ejerce mediante determinados rituales y supersticiones, resultado del “pensamiento mágico”.
- **Atribuciones diferenciales en función del resultado:** Las personas que juegan, cuando ganan, tienden a atribuir el éxito a factores internos, como la habilidad o el esfuerzo. Pero cuando pierden o fracasan, lo atribuyen a factores externos, como la mala suerte, la dificultad del juego, el ruido, etc.
- **El sesgo confirmatorio:** Este sesgo está muy relacionado con el anterior, de forma que el jugador sólo atiende a los resultados positivos, valorándose a sí mismo por sus habilidades, cualidades, buena suerte, etc., mientras que no atiende a los negativos o los justifica, de modo que no afecten a su sistema de creencias.

Falta de habilidades para hacer frente al impulso de jugar

La ausencia de habilidades como el autocontrol, el manejo del dinero, la resolución de problemas o el afrontamiento del estrés contribuye al aumento de los problemas y de la conducta de juego. Hasta aquí la mayoría de las revisiones acerca de la ludopatía se han centrado en el estudio de todas estas variables y factores, que se consideran determinantes en el desarrollo del comportamiento del juego patológico.

Teoría de la excitación y ludopatía como adicción

Tras haber expuesto previamente aspectos como las características sociodemográficas de los jugadores patológicos, factores de personalidad, y otros, recientemente **el foco sobre el origen de la ludopatía se ha centrado especialmente en dos factores: las distorsiones cognitivas y los niveles de activación o excitación provocada por el juego.**

La idea es que un jugador perpetúa su conducta porque tiene algún tipo de error o distorsión cognitiva que le lleva a pensar que necesariamente va a ganar en el juego, o porque el propio juego le produce un nivel de activación o excitación tal que le «provoca» o «empuja» a jugar.

Hablaremos ahora del papel de la activación o excitación provocado por el juego en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico.

Ya desde los primeros momentos se ha defendido la idea de que los juegos de azar son excitantes, y que esa excitación que producen puede ser una de las causas más importantes para el desarrollo y mantenimiento del juego patológico. En diversos estudios realizados las

principales razones esgrimidas por los jugadores para jugar era la «excitación» o «pasar un buen rato».

Estos niveles de activación se pueden evaluar a partir de medidas psicofisiológicas objetivas (frecuencia cardíaca, respuesta dermoeléctrica (RDE), presión sanguínea (PS), o de medidas subjetivas (auto-informes sobre la percepción de activación o «deseo»)

La consideración de la activación o excitación como factor determinante del juego ha facilitado la defensa del juego como una adicción, una adicción en la que la activación podría estar provocando las sensaciones de deseo (craving), y en consecuencia «empujando» al jugador a jugar de forma reiterada y sin control. En este sentido, **se considera al jugador patológico como un adicto más, en el que, como en los adictos a la heroína o al alcohol, aparecerían efectos de tolerancia y síndrome de abstinencia**, pero, a falta de una droga física, serían la activación y sus alteraciones la «droga» responsable de estos efectos.

En concreto, los jugadores experimentarían durante el juego niveles de excitación o activación extraordinariamente elevados, que los percibirían muy placenteros y serían un factor determinante del desarrollo y mantenimiento de su conducta de juego patológico. **La ausencia de juego, y en consecuencia la caída de los niveles de excitación, llevaría al desarrollo del «síndrome de abstinencia»**, que empujaría a los jugadores a su conducta de juego como forma de conseguir reducir este síndrome de abstinencia y alcanzar los niveles de activación-excitación percibidos como óptimos.

De hecho, suele señalarse que los jugadores se caracterizan por ser unos «buscadores de sensaciones» y que la excitación es la «droga» del jugador. De manera que, a falta de una sustancia química, serían las alteraciones en la activación las responsables de que aparecieran los síntomas fisiológicos de la abstinencia y la tolerancia que a su vez explicarían el mantenimiento de la conducta de juego. Aunque no está incluida entre los criterios diagnósticos de dependencia de sustancias el «deseo» de consumo, sin embargo, se observa en la mayoría de los pacientes, tanto de adicción a sustancias como de juego patológico. Diversos autores señalan que, tras abandonar el juego, aparecía en los pacientes un fuerte deseo de volver a jugar y un aumento de irritabilidad, identificándose síntomas de abstinencia física en elevados porcentajes de jugadores.

Fases en el desarrollo del juego

Según Custer, el desarrollo del juego patológico sigue un patrón uniforme. El juego suele comenzar habitualmente en la adolescencia, aunque puede hacerlo en cualquier edad, transcurriendo desde las primeras apuestas hasta la pérdida total del control un promedio de cinco años (con límites entre uno y veinte años). El jugador pasa entonces por tres fases:

- **Fase de ganancia**, al principio, se dan frecuentes episodios de obtención de premios, que llevan al jugador a una mayor implicación en el juego y a creer que es un jugador excepcional. Tales ganancias le producen una gran excitación y expectativas de que puede aún ganar más dinero. En esta fase puede mantenerse desde varios meses a varios años.
- **Fase de pérdida**. Dado el optimismo que caracteriza al jugador en la fase previa de ganancia, con el objetivo de conseguir mayores premios cada vez arriesga más, pero comienza a perder dinero, perdiendo tanto más cuanto más apuesta. Una vez que la persona se ha hecho jugadora habitual, el factor más importante que va a posibilitar que se convierta en jugador patológico es su accesibilidad al préstamo. Se produce el

fenómeno de “caza” consistente en que el jugador cada vez juega más para intentar resarcirse de sus deudas y cada vez pierde más y éstas son mayores. Ahora ya no juega para ganar sino para recuperar lo perdido. Préstamos, sueldo gastado en juego, pequeños robos o estafas, relaciones familiares y laborales deterioradas son algunas de las consecuencias que siguen, y que van a agravar más aún el problema al no conseguir dinero y perder el que ha conseguido ya in extremis. Aquí es cuando el jugador se ve obligado a descubrir o confesar su problema a la familia, amigos, etc., y decide, e incluso promete que va a dejar de jugar. Esto dura poco tiempo y pronto, una vez conseguido dinero, vuelve de nuevo a jugar.

- **Fase de la desesperación.** En esta fase el juego alcanza gran intensidad en el jugador, viviendo éste sólo para jugar. Se despreocupa totalmente de la familia, amigos y trabajo. Esto exige aumentar los riesgos, verse implicado en mayores problemas financieros y legales. En este punto, la gran mayoría de los jugadores patológicos ya han perdido su trabajo. Se les incrementa el nerviosismo e irritabilidad, tienen problemas de sueño, comen poco y su vida les resulta poco placentera. Se sienten psicológica y fisiológicamente agotados; en suma, desesperados. Todo esto produce en el jugador un estado de pánico ocasionado por sus enormes deudas, el deseo de devolver el dinero rápidamente, la alienación de su familia, cuando no ruptura o divorcio, y amigos, el desarrollo de una reputación negativa, problemas de depresión o ideas de suicidio y un deseo nostálgico de recuperar aquellos primeros días de ganancia en la primera fase. En este punto percibe pocas alternativas: el suicidio, la cárcel, escapar o buscar ayuda.

Recientemente, Lesieur y Rosenthal (1991) han añadido una cuarta: **fase de la desesperanza o abandono**. En ésta los jugadores asumen que nunca podrán dejar de jugar. Incluso sabiendo que no van a ganar siguen jugando; **precisan jugar por jugar**, juegan hasta quedar agotados. El pronóstico en estos momentos es muy negativo, pues a sus **conductas de juego compulsivo se une el convencimiento de que es inútil hacer nada para intentar solucionarlo**. (Guerri)

Se considera al jugador patológico como un adicto más, en el que, como en los adictos a la heroína o al alcohol, aparecerían efectos de tolerancia y síndrome de abstinencia

En resumen en el caso del juego patológico, a falta de la presencia de una droga o sustancia como tal, es la «activación» o «excitación» que produce el juego la que asumiría este papel de «droga». De hecho, para algunos autores esto sería el máximo exponente de la adicción, una adicción en estado puro, sin sustancia. No obstante, la evidencia empírica, por el momento, no permite asegurar con claridad el valor de la activación en el desarrollo y mantenimiento de la conducta de juego. (Espada, 2014)

Esta Investigación tiene en cuenta distintas variables asociadas a la Psicología. Por razones de planificación en el estudio, se las analiza por separado, ya que son amplias desde todos los puntos de vista.

Perfil Cognitivo

Definición:

Según Aaron, (1979) el perfil cognitivo se encuentra caracterizado por el conjunto de representaciones que el ser humano ha construido a través de su experiencia. Estas diferencias son las que forjan y promueven el individualismo y la esencia de cada sujeto. Tales

representaciones son el resultado de los esquemas que el individuo desencadena a partir de las vivencias tanto positivas como negativas.

“Los perfiles cognitivos facilitan en grado sumo el conocimiento de los ejes centrales del procesamiento de información, es decir, como las personas dan respuesta al mundo y a sí mismos” (Londoño, 2002), a su vez estos constituyen la manera de expresión de las emociones y comportamientos.

Es importante tener en cuenta que para la determinación de un perfil cognitivo se deben identificar según Beck el grupo de creencias con relación a sí mismo y a los demás, para determinar así los comportamientos, afectos y estrategias de afrontamiento. Es de vital importancia resaltar que para la caracterización de un perfil cognitivo es indispensable desarrollar los siguientes temas:

Esquemas Maladaptativos:

Young (2010) define el concepto de esquema como “algo disfuncional que elaboran los individuos a lo largo de su vida lo cual logra constituirse como algo estable y duradero en la vida de las personas”. Por lo cual Young habla de unos esquemas disfuncionales tempranos los cuales son “creencias y sentimientos incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente. Los esquemas son verdades a priori que están implícitas y se dan por sentado Mejía, (2010)”. Presentan las siguientes características:

“Son claramente disfuncionales y por lo tanto mantenerlos tiene consecuencias negativas, se activan por acontecimientos relevantes o coherentes con un esquema concreto, están asociados a niveles elevados de afecto, son consecuencia de experiencias disfuncionales con los padres, los hermanos, etc., es decir, de experiencias que se tienen con las personas significativas, en los primeros años de la vida” (Rodríguez).

Así como estos esquemas disfuncionales tempranos cuentan con unas características, también presentan un origen, Young (1990) plantea que los esquemas son el resultado de la interacción existente entre las “necesidades emocionales centrales que no fueron satisfechas durante la infancia y el temperamento del niño” (Rodríguez). Para esto Young destaca cinco necesidades emocionales centrales las cuales son: afectos seguros con otras personas, autonomía, competencia y sentido de identidad, libertad para expresar las necesidades y emociones, espontaneidad y juego, y límites realistas y autocontrol. Es fundamental resaltar que de acuerdo con el modelo de los esquemas, un individuo sano es el que logra satisfacer estas necesidades emocionales centrales.

La conservación del esquema, está referido según Young (1990), “a los procesos a través de los cuales los esquemas maladaptativos tempranos son reforzados a nivel cognitivo y conductual” Muñoz Cuartas, (2004). Además, la conservación del esquema opera por medio de las distorsiones cognitivas con el fin de mantener el esquema intacto.

Distorsiones cognitivas

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 auto saboteo (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. Entre las distorsiones cognitivas más conocidas entre jugadores patológicos se encuentran:

- *Sobre generalización*: A raíz de un caso aislado generalizar una conclusión válida para todo. Ejemplo: “Juan no me ha escrito, la gente siempre se olvida de mí”.
- *Abstracción selectiva*: Enfocarse en modo “visión de túnel” únicamente en ciertos aspectos, normalmente negativos y perturbadores.
- *Inferencia arbitraria*: Emitir juicios o extraer conclusiones de manera rápida o impulsiva, basándonos en una información incompleta o errónea.
- *Sesgo confirmatorio*: Tendencia a interpretar la realidad de manera que confirme nuestras creencias previas.
- *Falacia de la recompensa divina*: Pensar que en un futuro los problemas mejorarán por sí mismos sin tomar una actitud proactiva.
- *Lectura de pensamiento*: Presuponer las intenciones o cogniciones de los demás. Error del adivino: Creer saber cómo será el futuro y actuar conforme a ello.
- *Personalización*: Suponer que todo lo que la gente hace o dice tiene que ver directamente con uno mismo.

De manera general, desde el modelo cognitivo las distorsiones obedecen a una estructura más profunda que se define como esquema cognitivo. 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 (Bahamón Muñetón, 2013).

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.

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.

Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos se caracteriza por ser mensajes específicos y concretos, breves y telegráficos, involuntarios, casi siempre son creídos, plausibles, con frecuencia se expresan en términos de "tendría, debería", tienden a dramatizar, son una representación sesgada de la realidad, son idiosincrásicos, son difíciles de controlar, son aprendidos y favorecen que la persona adopte una forma de interpretar los acontecimientos, como se cita en, Beck, Rush, Shaw & Emery, (2000); Clark, Beck & Alford, (1999); Riso, (2006); Ruiz & Imbernon, (1996) los pensamientos automáticos se clasifican en pensamientos positivos y negativos:

- Pensamientos positivos se caracterizan por brindar al individuo niveles de seguridad y confianza en sí mismo, ayudando a mantener una buena salud mental.
- Pensamientos negativos son aquellos que presentan un alto contenido catastrófico donde los individuos hacen interpretaciones del mundo y de sus experiencias desde el orden de lo irreal, lo cual genera graves afecciones en su supervivencia. Gómez (2007).

Es indudable que el juego influye en el ***Estado emocional*** de la persona que realiza esta conducta. Los múltiples problemas que acarrea el juego pueden producir problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de inutilidad o descontrol, etc

Sistemáticamente se encuentran asociados otros trastornos al del juego patológico, como desde los primeros tiempos se ha indicado acerca de distintos trastornos de personalidad, concretamente el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de personalidad narcisista. (Becoña)

Estado emocional

A pesar del importante papel que interpretan las emociones en nuestra vida diaria y cotidiana, y la forma en la que nos influyen a la hora de actuar y/o pensar, les solemos prestar menos atención de la que deberíamos. Identificar, diferenciar y regular las emociones son pilares fundamentales de lo que llamamos inteligencia emocional.

Actualmente, en la mayoría de sistemas educativos se da preferencia al desarrollo de las funciones cognitivas como la memoria, la percepción y el análisis en tareas como saber leer, escribir, realizar operaciones matemáticas, etc. Sin embargo, ha sido prácticamente nulo la atención que se le ha prestado al desarrollo de habilidades psicológicas, sociales y emocionales,

aun estando demostrado que promueve una mejor calidad de vida, un mayor rendimiento laboral y previene trastornos psicosociales, como la adicción.

Un individuo que tenga un mal manejo de las emociones puede caer más probablemente en problemas que le vuelvan más vulnerable al desarrollo de una adicción. Cuando esa persona tiene serias dificultades para afrontar los problemas o las dificultades de la vida, pueden llegar a darse conductas autodestructivas.

Teniendo en cuenta todo esto, podemos considerar la inteligencia emocional un factor de protección que previene la aparición de problemas psicosocioemocionales. Un individuo con alta inteligencia emocional puede distinguir, diferenciar e identificar sus emociones y las del resto, regular y manejar las propias y se puede comprender mejor a sí mismo y a las personas de su entorno. (M, 2007)

Cada edad es un sueño que se está muriendo o uno que está por nacer. Arthur O'Shaughnessy

Hay personas que desarrollan una relación de dependencia con el juego de azar, en la medida que son incapaces de dejar de jugar o de hacerlo de una forma funcionalmente adaptativa. En este estudio nos enfocamos en las **Mujeres Adulto Maduro**, como es de saber, cada etapa de vida, determinada por edades, tiene características únicas, que la diferencian, vivencias y cambios que son generales para todos los humanos.

Esta investigación se realizara solo con mujeres adulto maduro entre 40/60 años de edad, ya que hay expertos que aseguran la prevalencia en estos sitios del sexo femenino por sobre el masculino. Las obligaciones, los problemas económicos, familiares y laborales parecen ser los principales motivos que llevan a la mujer a esta adicción.

La etapa de vida por la que atraviesan estas parece ser un motivo más para sumar a esta lista; los cambios corporales debidos a la vejez, la pronta jubilación, la sensación de soledad, negación de oportunidades; estos traen aparejados problemas físicos, psíquicos y emocionales por los cuales creemos que esta adicción las atrae con más facilidad.-

La adultez media, va de los 40 a los 60 años, algunos le llaman la segunda adultez, Erikson la denomina, la etapa de la crisis de productividad vs estancamiento.

Los primeros treinta años anuncian lo que Levinson ha llamado formalización, entonces en esta etapa muy importante del ciclo vital, ya que esta es considerada de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística, y es en definitiva el período en el que se consigue la plena autorrealización.

Se podría pensar que, después de pasar por una etapa llena de productividad, vida sexual, y dinero, al pasar a los 40 años - la edad intermedia (40 a 65 años)- se llega a la época de torpezas, barrigas, dolores y arrepentimientos por la juventud perdida, pero muchas personas en este periodo la consideran la mejor época de su vida.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

- Aparición de canas
- Aparición de arrugas
- Aumenta perímetro de cintura
- Disminución capacidad auditiva y agudeza visual

- Menopausia en la mujer

CAMBIOS COGNITIVOS:

- Rara Vez
- Excepto en aparición de enfermedades o por traumatismos
- Adquieren habilidades
- Empiezan a adquirir hábitos de vida saludables

CAMBIOS PSICOSOCIALES:

- Hechos Previsibles → Hijos que abandonan el hogar (Síndrome del nido vacío)
- Hechos inesperados → Separación matrimonial
→ Muerte de amigo

Ambos provocan estrés que afecta la salud. (LA EDAD ADULTA INTERMEDIA, 2012)

Todos estos cambios generan mucha angustia y duelo por el cuerpo joven. Refuerzan la conciencia de la vejez y la muerte próxima, para esto se debe generar un proceso de aceptación de la nueva imagen física, y que los cambios sean integrados a la personalidad.

Cambios Emocionales y Personales:

El cambio por el lado sexual conduce a manifestaciones más afiliativas y afectivas en los hombres, incorporando características femeninas a su personalidad, mientras que las mujeres aparecen como más agresivas y asertivas. Erikson habla de que en esta etapa la persona atraviesa el conflicto entre generatividad y estancamiento, donde la generatividad implica el dar lo más auténtico, lo propio, aquello que ha pasado por la propia experiencia y se manifiesta en los hijos, valores, trabajo y la relación con los demás. Cuando tal enriquecimiento falta por completo, tiene lugar un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal, llevando a invalidez física o psicológica. Debido a esto, se produce una reorganización o reestructuración de la identidad, redefinición de la imagen corporal (crisis, canas, calvicie, entre otros), redefinición de las relaciones con los padres (si todavía están vivos), los hijos y la pareja, evaluación de los planes que se proyectaron desde la adolescencia, reconocimiento de que queda poco por vivir, lo que genera cuestionamientos acerca de lo que se ha hecho y lo que queda por hacer

La fase anterior a la crisis es un período muy estable, existe un alto control de sí mismo, los impulsos no presionan por salir. Se debe lidiar con la sociedad y el mundo. En esta etapa aparece el balance personal y un reajuste de expectativas y sueños, teniendo en cuenta las posibilidades del contexto. Surge el dolor por lo no realizado, una preocupación por la necesidad de sentirse joven, lo que puede llevar en algunos casos a la "crisis de la mitad de la vida". Enfrentar la posibilidad de ser superado por los hijos. También se sufre al saber que ya no se es fuente de identificación de los hijos; ellos reconocen defectos y critican abiertamente. Lo más sano sería ser capaz de aceptar y sentirse gratificados por el proceso de autonomización de los hijos. Además, se debe tolerar ser objeto de evaluación

Tanto en la etapa de la adultez temprana como en la adultez media, la sociedad establece algunos criterios, tomando como base lo que se demuestra durante estas etapas (cambios físicos, las relaciones, el trabajo, factores psicosociales y otros), estos sirven de guía para categorizar no solo por la edad, sino también por el comportamiento, esto permite definir si el adulto según su

edad cumple o no con lo que establece la sociedad. Entonces, si es aceptado y se adapta representa un adulto maduro y cuando no lo logra es un adulto inmaduro.

Adulto maduro:

- Controla adecuadamente su vida emocional, lo que le permite afrontar los problemas con mayor serenidad y seguridad que en las etapas anteriores.
- Se adapta por completo a la vida social y cultural.
- Forma su propia familia.
- Ejerce plenamente su actividad profesional, cívica y cultural.
- Es la etapa de mayor productividad.
- Es capaz de reconocer y valorar sus propias posibilidades y limitaciones. Esto lo hace sentirse con capacidad para realizar unas cosas e incapaz para otras.
- Condición básica para una conducta eficaz. Normalmente tiene una percepción correcta de la realidad (objetividad), lo cual lo capacita para comportarse con mayor eficacia y sentido de responsabilidad

Adulto inmaduro:

- Es contradictorio en su comportamiento (incoherente) y no controla sus reacciones emocionales.
- No percibe la realidad tal como ésta es (falta de objetividad).
- Menos consciente, responsable y tolerante (falla en el trabajo)
- No se adapta adecuadamente a la vida social (inadaptado)

(La vejez, la tanatología, el envejecimiento y los Adultos., 2011)

“La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias. Todo desarrollo humano, incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad, comporta descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo de experiencias.

En momentos críticos del viaje, las personas pueden sufrir tempestades o piratería. El barco puede empezar a hacer agua, y la persona puede tener que hacer frente a la perspectiva de ahogarse en su distrés o estrellarse entre las rocas.

Es como si hubieran sido abordados por piratas y les hubieran robado algo de su identidad humana.

Es como si hubieran desembarcado en una playa remota, lejos de casa y alejados de todo lo que conocen y saben.

Todas las personas en estas circunstancias necesitan, en primer lugar, un refugio seguro, de forma que puedan retirarse para empezar el trabajo de reparación necesario en el barco de sus vidas.

Cuando se han acostumbrado de nuevo al movimiento del barco y han recuperado su confianza para volver a navegar en el océano de su experiencia, las personas tienen que empezar la completa y desafiante tarea de trazar el mapa de sus recuperaciones.

Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de la crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta situación humana difícil.”

Su creador fue Phil Barker, enfermero en Psiquiatría, Filósofo, pintor y escultor, nacido en Escocia, 1932, creció cerca del Mar, y a él le debemos este modelo que tomamos hoy aquí en este trabajo....

El Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental:

El modelo de la marea es un método filosófico para la recuperación en salud mental. No es un método de asistencia o tratamiento de la enfermedad mental.

El modelo de la marea es una visión específica del mundo que ayuda a la enfermera(o) a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona en concreto y cómo se puede ayudar a la persona para definir y empezar el complejo y exigente viaje de la recuperación. Se basa en la teoría del caos, el flujo constante, las mareas que van y vienen y muestran patrones no repetitivos, aunque se mantienen dentro de unos parámetros delimitados. En esta perspectiva, pequeños cambios pueden crear cambios imprevisibles.

La teoría del caos sugiere que existen límites a lo que podemos saber, y Barker invita a las enfermeras (os) a dejar la búsqueda de la certeza, abrazando en su lugar la realidad de la incertidumbre. Una característica clave de la práctica de la enfermería de Barker ha sido la exploración de las posibilidades de relaciones colaboradoras genuinas. Desarrolló un interés por el concepto de “cuidar” personas, aprendiendo que la relación profesional-persona podía ser más mutua que la relación original enfermera-paciente definida por Peplau.

El modelo de la marea es un grupo de 10 compromisos que son la brújula metafórica para el profesional. La experiencia del distrés mental siempre se describe en términos metafóricos. El modelo emplea metáforas universales y culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar, para representar los aspectos conocidos del distrés humano.

El agua es: “la metáfora central de la experiencia vivida de la persona...y el sistema de cuidados que se auto-modela la persona con la ayuda de la enfermera” Esta metáfora ilustra muchos de los elementos de la crisis psiquiátrica y las respuestas necesarias a esta situación humana difícil. La enfermedad mental desautoriza, y las personas que presentan cualquiera de las miles de amenazas a sus identidades personales o sociales, comúnmente denominadas enfermedad mental o problemas de salud mental, experimentan una amenaza que los hace humanamente vulnerables. Sin embargo, muchas personas están lo bastante sanas como para poder actuar por sí mismas e influir constructivamente en el sentido de sus vidas. La recuperación es posible, y las personas tienen los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación.

Los estudios demostraron que los profesionales y las personas cuidadas querían enfermeras que se relacionaran con las personas de forma diaria y cotidiana. Que las enfermeras deben responder sensiblemente y con frecuencia a las fluctuantes necesidades humanas de las personas y sus familias.

“Valores Esenciales del Modelo de la Marea”

Los 10 Compromisos:

➤ Valorar la voz:

Es la voz de la experiencia, en el relato está el distrés de la persona y la esperanza de la resolución. La historia del viaje de la recuperación y todos los planes de cuidados que lo apoyan, debería escribirse en la propia voz de la persona.

- Respetar el lenguaje:
No hay necesidad de colonizar la historia de la persona sustituyéndola por el lenguaje con frecuencia arcaico, feo y raro de la psiquiatría, la jerga de la psicología popular o las ciencias sociales. Las personas ya tienen su propio lenguaje y es el más potente para describir, definir y articular su experiencia personal.
- Desarrollar la curiosidad genuina:
Curiosidad por comprender mejor al narrador y la significación humana de la historia no desplegada de la vida, ya que la persona escribe la historia de su vida, pero no debe confundirse con un libro abierto.
- Llegar a ser el aprendiz:
La persona es el experto mundial en la historia de su vida. Podemos empezar a comprender algo del poder de esa historia, pero sólo si nos aplicamos con diligencia y respeto a la tarea de convertirnos en el aprendiz.
- Revelar la sabiduría personal:
Una de las principales tareas para quien ayuda es contribuir a revelar la sabiduría de la persona al escribir la historia de su vida, que se utilizará para respaldar a la persona y guiar el viaje a la recuperación.
- Ser transparente:
Para ganar la confianza de la persona se ha de ser transparente en todo momento, ayudando a la persona a comprender qué se está haciendo y por qué. Así se consigue el tener ganas de hacerse confidencias.
- Utilizar el equipo de herramientas disponible:
La historia de la persona contiene numerosos ejemplos de lo que ha funcionado o puede funcionar en esta persona. Son las principales herramientas que tienen que utilizarse para desbloquear o crear la historia de la recuperación.
- Trabajar un paso más allá:
El cuidador y la persona trabajan conjuntamente para crear una apreciación de lo que tiene que hacerse ahora. El primer paso es crucial, mostrando el poder del cambio y apuntando hacia el objetivo final de la recuperación.
- Dar el don del tiempo:
No hay nada más valioso que el tiempo que pasan juntos el cuidador y la persona. La cuestión es cómo utilizar ese tiempo.
- Saber que el cambio es constante:
La tarea del profesional es dar a conocer que se está produciendo el cambio y cómo puede utilizarse este conocimiento para que la persona deje de estar en peligro y sometido al estrés, y se oriente hacia la recuperación. (López, 2015)

Para desarrollar este marco teórico, como ya hemos podido leer en el punto anterior, me baso en la Teoría de la Marea de Phil Barker, pero así y todo cabe destacar que hay varios modelos teóricos de Enfermería en los que podemos encontrar un sustento para la investigación elegida.

El rol de Enfermería en la Educación ha tomado gran importancia, y es un espacio que la profesión va implementando cada vez más. Es por eso que también tenemos en cuenta la posición de una Teorista de las más estudiadas y conocidas, Hildegart Peplau que planteo una idea del posicionamiento enfermo teniendo en cuenta fundamentalmente, el conocimiento de las ciencias biológicas y conductuales.

Es un modelo psicológico que permite desarrollar su teoría de relaciones interpersonales, permitiendo a la enfermera alejarse de la orientación hacia la enfermedad y centrarse en el significado psicológico.

Modelo de Enfermería de Hildegart Peplau:

El Modelo de Peplau, se centra en la Teoría de relaciones interpersonales y destaca la importancia de la enfermera/o en el proceso interpersonal definido como terapéutico. La personalidad de la enfermera/o es muy importante tanto, por la influencia que pueda provocar en sí misma como para el paciente.

En la relación enfermera/o – paciente, Peplau describe cuatro fases:

- 1ª
Orientación.- La persona tiene una necesidad sentida y busca la ayuda del profesional, quien le ayudará a reconocer su problema determinando su necesidad de cuidado.
- 2ª
Identificación.- La Enfermera/o facilita la exploración de los sentimientos para ayudar a la persona a sobrellevar su enfermedad.
- 3ª
Explotación.- La persona intenta sacar el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación y la enfermera se propone nuevas metas.

- 4ª Resolución.- Se deben resolver las necesidades de dependencia del paciente, liberándose de la identificación con la enfermera/o y creándose relaciones de apoyo.

Roles de la Enfermera/o.- En la relación enfermera/o- paciente Peplau describe seis roles:

- Rol de Extraño:

El paciente y la enfermera no se conocen, la primera no debe prejuzgarlo sino aceptarlo como persona, considerándole emocionalmente capacitado si no hay evidencias claras de lo contrario.

- Rol de suministradora de recursos:

La enfermera debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, teniendo en cuenta la situación eligiendo la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo.

- Rol de educadora:

Es una combinación de todos los roles y debe partirse de lo que sabe el paciente, y en función de su interés y capacidad para usar la información.

- Rol de Líder:

La enfermera, ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa.

- Rol de sustituta:

El paciente, sitúa a la enfermera en un rol de sustituta, apreciando en sus actitudes y conductas sensaciones que reactivan sentimientos generados en relaciones anteriores. La enfermera, debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional.

➤ Rol de consejera:

Es el más importante en la enfermería psiquiátrica. La enfermera debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que le sucede en la actualidad, para que la experiencia se pueda integrar, a otras experiencias de vida. (Fernandez, 2011)

Desde esta óptica logramos darle peso a nuestro objetivo final principal que es generar el conocimiento necesario sobre esta adicción, para que enfermería pueda contar con herramientas útiles, que se puedan utilizar en Atención Primaria de la Salud, y así poder brindar la contención necesaria a este tipo de pacientes y su familia, pudiendo lograr la motivación para el reconocimiento de la adicción, y el compromiso hacia un tratamiento adecuado.-

Material y Métodos:

Tipo de estudio:

Este tipo de investigación se asocia a un método transversal y descriptivo, se recolectarán datos de un solo momento y en un tiempo único en la vida de las mujeres ludópatas, que sería en su edad de adulto maduro entre los 45 y 60 años, no habiendo un seguimiento de este en el tiempo; de carácter exploratorio.

Es un problema o tema poco estudiado desde la mirada elegida, encontrando escasa información que indague y profundice la ludopatía en mujeres Adulto Maduro.

Se optó por un enfoque metodológico de carácter cualitativo, el propósito es descubrir y reconstruir la propia realidad tal como la observan los sujetos en estudio.

Es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante, la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor, depende de la recopilación de datos escritos, con encuestas auto-administradas u observaciones.

Esta investigación no pretende influenciar, ni manipular las variables de la realidad, a modo de causar diversos efectos que podrían generar una variación tajante dando como resultado un alejamiento de la real situación que ocurre. Busca únicamente la observación del fenómeno, para acérmanos y conocer tal cual es y cómo se da en su contexto natural.

Este estudio, de acuerdo al tipo de diseño de investigación es no- probabilístico, por cuota, ya que de la población total que asiste a las salas de juegos de Rosario, se tomarán quienes compartan una determinada cantidad de características como Sexo Femenino y edades que oscilen entre los 45 y 60 años; asociado a un método prospectivo, pues recolectarán datos de un solo momento y en un tiempo único. El tamaño que tomaremos para dicha investigación es una cuota de 200 Mujeres Adulto Maduro.

Sitio de investigación:

Este proyecto se pensó para llevarse a cabo en el Casino de Rosario, esta Institución podía proveernos llegar a contar con la participación del público que asiste diariamente, luego dependía de una búsqueda minuciosa de la población a la cual nos enfocaremos, en este trabajo será en las Mujeres Adulto Maduro.

Debido a inconvenientes que se han tenido en cuanto a la necesidad de información por parte de la institución y a la negativa por parte de la misma; se ha reformulado el sitio de investigación actual. (Ver Anexo 1)

Es por ello que la decisión ha sido cambiada, y se llevara a cabo la misma en una Empresa de Transporte que realiza viajes a la sala de juegos, de la Ciudad de Capitán Bermúdez. (Ver Anexo 3)

Como primer medida se pedirá una entrevista personal con los responsables de la empresa privada de viajes de la Ciudad de Capitán Bermúdez, el objetivo de esta es lograr despertar el interés necesario para que nos brinden un espacio dentro de la trafic para el desarrollo de la Investigación.

Población y muestra:

Esta investigación se interesa por Mujeres Adulto Maduro Ludópatas de edades entre los 45 y 60 años, debido al gran auge que abarca este fenómeno.

Tipo de muestra:

Se incluirán en la población de estudio a Mujeres Adulto Maduro, cuyas edades oscilen entre los 45 a los 60 años que frecuenten una sala de juegos de la ciudad de Rosario.-

Criterios de Inclusión/ Exclusión:

Inclusión:

- Mujeres que asistan a una sala de juegos de Rosario, y sus edades oscilan entre los 45/60 años.

Exclusión:

- Que hayan asistido a un tratamiento sobre Adicción al juego (Ludopatía).

Instrumentos y técnicas para la recolección de datos:

Se toma la definición de encuesta, siguiendo a García Ferrando (M., 1993), como «una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características».

Estas encuestas serán auto-administradas, o sea que serán entregados a las participantes que asisten a una empresa de viajes de Capitán Bermúdez, con preguntas cerradas en las que solo deberán marcar las descripciones que las identifiquen.

Se requiere contar con una cuota de 200 entrevistas realizadas. La aplicación será:

- Introducción (porqué de la investigación)
- Que resultado se busca
- Procedimiento
- Lectura y posterior firma del consentimiento informado (Ver anexo 2)
- Aplicación individual y anónima de los instrumentos elegidos (Ver anexo 2)

Se eligen estas encuestas que apoyamos con la teoría cognitivista, la creencia es que los comportamientos de las personas se encuentran estrechamente ligados a las interpretaciones que se 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 dando cuenta de creencias o contenidos adquiridos a lo largo de la vida.

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. (Bahamón Muñetón, 2013)

La Evaluación del Estado de Ánimo (EVEA) utiliza adjetivos como estímulos y por lo tanto, se encuentra dentro del tipo de instrumentos de evaluación psicológica conocidos como listas de adjetivos. Las listas de adjetivos son tareas que proporcionan el máximo de información descriptiva mediante un sistema de respuestas muy sencillo, fiable y que requiere de muy poco tiempo para su utilización.

Se tendrán en cuenta los tres principios de la Bioética:

- El principio de Beneficencia/No maleficencia.
- Respeto por las personas o Autodeterminación.
- Justicia.

El principio de **Beneficencia / No maleficencia**: el respeto por el otro, se debe evitar dañar a la mujer que participen en la investigación, respetando su integridad física y psíquica, su privacidad, confidencialidad, evitando un efecto adverso.

Respeto a las personas o Autodeterminación, refleja los derechos de las participantes en el mismo proyecto, el derecho de poder decidir de manera voluntaria de participar o no de la investigación, brindándole información completa y necesaria, debiendo la misma de ser clara y precisa, a través del consentimiento informado.

Y el de **Justicia**, incluye el derecho de cada participante dentro del mismo proyecto de investigación a un trato justo y a la preservación de su intimidad, contemplando cada situación en particular y evitando su susceptibilidad.

Operacionalización de Variables:

Variable 1 “Perfil cognitivo”

Tipo: Cualitativa- Compleja

Función: Independiente

Según Beck (1995) se encuentra caracterizado por el conjunto de representaciones que el ser humano ha construido a través de su experiencia. Estas diferencias son las que forjan y promueven el individualismo y la esencia de cada sujeto. Tales representaciones son el resultado de los esquemas que el individuo desencadena a partir de las vivencias tanto positivas como negativas.

D1- Esquemas maladaptativos: Patrones o esquemas que aparecen en la infancia y se repiten a lo largo de la vida, y son disfuncionales en un grado significativo (Klosko, 2001).

- **Sub-dimensiones:** Desconfianza/ Abuso- Abandono/Vulnerabilidad- Privación emocional- Autocontrol- Vulnerabilidad al daño- Auto-sacrificio- Estándares flexibles- Inhibición emocional- Derecho- Entrampamiento.-

Sub-dimensión 1 “Desconfianza/Abuso”

Hace referencia a que las otras personas lastimarán, se aprovecharán o harán a la persona víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras. Generalmente involucra la percepción del daño como intencional o que el resultado es una negligencia extrema e injustificada. Puede incluir la sensación de que la persona siempre termina siendo engañada o recibiendo la peor parte.

Indicadores:

- 12- Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo
- 13- Me da una gran dificultad confiar en la gente
- 14- Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas
- 15- Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen
- 16- Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás

Sub-dimensión 2 “Abandono/ Vulnerabilidad”

Hace referencia a que los demás son personas inestables emocionalmente e indignos de confianza para prodigar apoyo y vinculación. Implica la sensación de que las personas significativas no podrán continuar proporcionando apoyo emocional, vínculos o protección, debido a que son emocionalmente inestables e impredecibles (Young, 1999).

Indicadores:

- 5- Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen
- 6- Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero
- 7- Me aflijo cuando alguien me deja sola, aún por un corto período de tiempo
- 8- No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente
- 9- Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen
- 10- Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas
- 11- Me siento tan indefensa si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas

Sub-dimensión 3 “Privación emocional”

La privación emocional está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros.

Indicadores:

- 1- Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales
- 2- Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo
- 3- La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos
- 4- Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer
- 5- Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen
 - Esta sub dimensión contiene cuatro reactivos agrupados bajo el esquema de privación emocional e incluye un último ítem (5) del esquema de abandono, por ello es que ese indicador se repite en 2 sub-dimensiones.-

Sub-dimensión 4 “Autocontrol”

Hace referencia a la dificultad generalizada por ejercer control sobre las propias emociones, por limitar la expresión excesiva de las mismas y controlar los impulsos, y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas.

Indicadores:

- 40- Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas
- 41- Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono
- 42- Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo

- 43- Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas
- 44- No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo
- 45- No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien

Sub- dimensión 5 “Vulnerabilidad al Daño”

Es una creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables. Las anticipaciones se centran en uno o más de los siguientes aspectos: catástrofes médicas (por ejemplo ataques cardíacos, cáncer, SIDA), catástrofes emocionales (por ejemplo, volverse loco, indigente o perder el control) y catástrofes externas (por ejemplo, fallas en elevadores, ser atacado por criminales, accidentes aéreos, terremotos, etc.).

Indicadores:

- 17- Me preocupa volverme un indigente o vago
- 18- Me preocupa ser atacado
- 19- Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina
- 20- Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente

Sub- dimensión 6 “Auto-sacrificio”

Es definido como la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción. La persona asume conductas como evitar causar dolor a los demás, sentirse egoísta y culpable por ello o mantener la vinculación con aquellas personas que se perciben necesarias. Se presenta la sensación de que las propias necesidades no se satisfacen adecuadamente y un resentimiento hacia aquellos que tiene bajo su cuidado.

Indicadores:

- 23- Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio
- 24- Usualmente soy la que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca
- 25- No importa que tan ocupada esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros
- 26- Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo

Sub- dimensión 7 “Estándares flexibles”

Indica la presencia de auto-exigencia y perfeccionismo como una descripción de sí mismo sin hacer referencia a ningún tipo de consecuencias negativas.

Indicadores:

- 30- Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden
- 31- Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo
- 32- Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”
- 33- Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho
- 34- Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien
- 35- Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares
- 36- Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas

Sub- dimensión 8 “Inhibición emocional”

Tiene que ver con la contención excesiva de acciones y sentimientos que dificultan la comunicación espontánea, generalmente, para evitar la desaprobación de los demás. Las personas suelen experimentar sentimientos de vergüenza o temor a la pérdida del control de impulsos. Las áreas más comunes de inhibición implican: la inhibición de la ira y de la agresión, la inhibición de los impulsos positivos como el disfrute, afecto, juego, excitación sexual; la dificultad para expresar libremente sentimientos de vulnerabilidad o comunicar a otros los sentimientos y las necesidades propias; es común encontrar que la persona pone un énfasis excesivo en la racionalización y desprecia las emociones.

Indicadores:

27- Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros

28- Me es difícil ser cálido y espontáneo

29- Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones

Sub- dimensión 9 “Derecho”

Hace referencia a la creencia de que la persona es superior a los demás, que tiene derechos y privilegios especiales o que no está obligado por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual. Con frecuencia implica la insistencia de la persona de ser capaz de hacer o tener lo que desee, sin importar los límites reales, lo consensualmente razonable o las implicaciones que ello tenga para los demás, incluso una concentración exagerada en la superioridad para conseguir poder y control (no fundamentalmente para ganar atención o aprobación). Algunas veces incluye una competitividad excesiva o la dominación de los demás, por ejemplo, afirmar el propio poder, imponiendo el propio punto de vista, manipulando la conducta de los demás, de acuerdo con los propios deseos, sin empatía o reconocimiento por las necesidades y sentimientos ajenos.

Indicadores:

37- Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás

38- Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas

39- Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.

Sub- dimensión 10 “Entrampamiento”

Se refiere a una excesiva implicación y cercanía emocional con personas significativas (con frecuencia los padres) a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal.

Con frecuencia implica la creencia de no poder sobrevivir o ser feliz sin el apoyo constante de la otra persona. También puede incluir sentimientos de fusión con otros o un sentido insuficiente de la individualidad. Generalmente se experimenta como un sentimiento de vacío que no apunta a ningún lado, o en casos extremos, que cuestiona la propia existencia

Indicadores:

21- Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno

22- Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables

- **Instrumento:** Cuestionario YSQL 2: desarrollado por “ (Young, 1999) para evaluar los esquemas mal adaptativos tempranos. La primera versión identificaba 15 esquemas por medio de 123 ítems, Young menciona 5 dimensiones y 16 esquemas mal adaptativos tempranos” (Diego, 2005). Este instrumento consta de 205 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert del 1 al 6 y este cuestionario evalúa 16 esquemas. Este instrumento ayudará a conocer si las personas que padecen ludopatía centrada en el juego en casinos presentan esquemas mal adaptativos que altere de una manera significativa su proceso cognitivo.

Se escoge el documento validado en la población colombiana por (Diego, 2005). El cuestionario consta de 45 ítems que evalúan diez (10) esquemas disfuncionales tempranos y se puntúan según escala tipo Likert del 1 al 6 representando la presencia de esquemas: 1 = completamente falso de mí, 2 = la mayor parte falso de mí, 3 = ligeramente más verdadero que falso, 4 = moderadamente verdadero de mí, 5 = la mayor parte verdadero de mí y, 6 = me describe perfectamente. (Ver Anexo 2)

D2- Pensamientos distorsiones cognitivas: Las distorsiones cognitivas son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa.

Sub-dimensiones: Filtraje o abstracción selectiva- Pensamiento polarizado- Sobre generalización- Interpretación del pensamiento- Visión catastrófica- Personalización- Falacia de control- Falacia de Justicia- Razonamiento emocional- Falacia de cambio- Etiquetar globales- Culpabilidad- Falacia del deber ser- Falacia del tener razón- Falacia de recompensa divina.-

Sub- dimensión 1 “Filtraje o abstracción selectiva”

Selección en forma de visión de túnel, un solo aspecto de una situación.

Indicadores:

1- No puedo soportar ciertas cosas que me pasan

16- Es horrible que me pase esto

31- Es insoportable, no pudo aguantar más

Sub- dimensión 2 “Pensamiento polarizado”

Valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.

Indicadores:

2- Solamente me pasan cosas malas

17- Mi vida es un continuo fracaso

32- Soy incompetente e inútil

Sub- dimensión 3 “Sobre generalización”

A raíz de un caso aislado generalizar una conclusión válida para todo. Ejemplo: “Juan no me ha escrito, la gente siempre se olvida de mí”.

Indicadores:

3- Todo lo que hago me sale mal

18- Siempre tendré este problema

33- Nunca podré salir de esta situación

Sub- dimensión 4 “Interpretación de pensamientos”

Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.

Indicadores:

- 4- Sé que piensan mal de mí
- 19- Sé que me están mintiendo y engañando
- 34- Quieren hacerme daño

Sub- dimensión 5 “Visión catastrófica”

Adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales.

Indicadores:

- 5- ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?
- 20- ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?
- 35- ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?

Sub- dimensión 6 “Personalización”

Suponer que todo lo que la gente hace o dice tiene que ver directamente con uno mismo.

Indicadores:

- 6- Soy inferior a la gente en casi todo
- 21- Soy superior a la gente en casi todo
- 36- La gente hace las cosas mejor que yo

Sub- dimensión 7 “Falacia de control”

Las personas con esta distorsión suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien, en el otro extremo se ven impotentes y sin que tengan ningún control sobre los acontecimientos de su vida.

Indicadores:

- 7- Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor
- 22- Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean
- 37- Soy una víctima de mis circunstancias

Sub- dimensión 8 “Falacia de Justicia”

Costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades.

Indicadores:

- 8- ¡No hay derecho a que me traten así!
- 23- Si me quisieran de verdad no me tratarían así
- 38- No me tratan como deberían hacerlo y como me merezco

Sub- dimensión 9 “Razonamiento emocional”

Tendencia a creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierta necesariamente.

Indicadores:

- 9- Si me siento triste es porque son un enfermo mental
- 24- Me siento culpable y es porque he hecho algo malo

39- Si tengo esos síntomas es porque soy enfermo

Sub- dimensión 10 “Falacia de cambio”

Tendencia a considerar que son los otros quienes han de cambiar primero su conducta.

Indicadores:

10- Mis problemas dependen de los que me rodean

25- Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas

40- Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas

Sub- dimensión 11 “Etiquetar globales”

Consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global.

Indicadores:

11- Soy un desastre como persona

26- Alguien que conozco es un imbécil

41- Soy un neurótico

Sub- dimensión 12 “Culpabilidad”

Atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a sí mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.

Indicadores:

12- Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa

27- Otros tienen la culpa de lo que me pasa

42- Lo que me pasa es un castigo que merezco

Sub- dimensión 13 “Falacia del debe ser”

Hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema.

Indicadores:

13- Debería de estar bien y no tener esos problemas

28- No debería cometer estos errores

43- Debería recibir más atención y cariño de otros

Sub- dimensión 14 “Falacia del tener razón”

Tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto.

Indicadores:

14- Sé que tengo la razón y no me entienden

29- No quiere reconocer que estoy en lo cierto

44- Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana

Sub- dimensión 15 “Falacia de recompensa divina”

Tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales, suponiendo que la situación mejorará mágicamente en el futuro.

Indicadores:

15- Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa

30- Ya vendrán mejores tiempos

45- Tarde o temprano me irán las cosas mejor

- **Instrumento:** Cuestionario a modo de escala de Ruiz Y Lujan Prueba De Pensamientos Automáticos.-

“Es una escala para identificar 45 de los principales tipos de pensamientos automáticos agrupados en sus 15 distorsiones correspondientes. Una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que usted tiene cierta tendencia a “padecer” por determinada forma de interpretar los hechos de su vida” (TOC). (Ver Anexo 2)

D3- Pensamientos automáticos: Aquello que nos decimos a nosotros mismos afecta radicalmente la calidad de nuestras vidas y nuestra habilidad para hacer cosas efectivamente.

- **Sub-dimensiones:** Pensamientos positivos- Pensamientos negativos

Sub-dimensión 1 “Pensamientos Positivos”**Indicadores:**

3- Estoy orgulloso de mi mismo

7- Me siento bien

10- Pase lo que pase, yo sé que lo puedo resolver

13- Puedo conseguir todo

16- Yo me siento bien

20- Me siento satisfecho

24- Sé que puedo hacer todo lo que me propongo

28- Soy muy feliz

32- Esto es maravilloso/ genial

37- Yo soy más feliz que las demás personas

Sub-dimensión 2 "Pensamientos negativos"**Indicadores:**

1- Pienso que todo el mundo está contra mí

2- Soy malo

4- ¿Por qué nunca gano?

5- Nadie me entiende

6- Le caigo mal a otros

8- Pienso que no puedo seguir adelante

9- Desearía ser una mejor persona

11- Soy débil

12- Mi vida no es como me gustaría

14- Estoy defraudado de mí mismo

15- Nada es bueno ahora

17- No soporto más

18- No tengo energías

19- ¿Hay algo malo en mí?

21- Desearía ser otra persona

- 22- No consigo hacer nada
- 23- Me odio
- 25- No valgo nada
- 26- Desearía desaparecer en este instante
- 27- ¿Qué pasa conmigo?
- 29- Soy un perdedor
- 30- Mi vida es un caos
- 31- Soy un fracasado
- 33- Nunca lo lograré
- 34- Me siento tan indefenso
- 35- Algo debe cambiar
- 36- Conmigo debe estar pasando algo malo
- 38- Mi futuro está vacío
- 39- De todas maneras nada vale la pena
- 40- No consigo hacer nada

- **Instrumento:** Cuestionario: ATQ (Pensamientos Positivos Y Negativos). Tomamos la validación de Ingram y Wisnicki, 1988 (modificado por Kendall, Howard y Hays, 1989) “El ATQ es un instrumento de evaluación del contenido cognitivo. Fue desarrollado por Hollon y Kendall en (1980). “Consiste en 40 ítems donde el paciente puntúa la frecuencia en que lo piensa en la actualidad. El clínico los agrupa por los contenidos tipos de pensamientos automáticos positivos o negativos puntuados.” (Dominka, 2000).

Este cuestionario puede ser usado para inferencias psicopatológicas y para determinar áreas problemáticas que pueden ser evaluadas más precisamente tras su detección. (Ver Anexo 2)

Variable 2 “Estado Emocional”

Tipo: Cualitativa- Compleja

Función: Independiente

Reacciones que se producen de manera automática frente a determinadas circunstancias, estas pueden ser momentáneas o permanente, según su intensidad y duración en el tiempo.

Los problemas afectivos están relacionados con las emociones, con la conciencia de uno mismo y con la conciencia de los sentimientos dirigidos hacia los demás.

D1 Problemas afectivos

- **Sub- dimensiones:** Depresión- Ansiedad- Hostilidad- Alegría

Sub- dimensión 1 “Depresión”

Indicadores:

- 4- Me siento melancólico
- 7- Me siento alicaído
- 10- Me siento apagado
- 16- Me siento triste

Sub- dimensión 2 “Ansiedad”

Indicadores:

- 1- Me siento nervioso

- 5- Me siento tenso
- 9- Me siento ansioso
- 13- Me siento intranquilo

Sub- dimensión 3 “Hostilidad”

Indicadores:

- 2- Me siento irritado
- 8- Me siento enojado
- 11- Me siento molesto
- 14- Me siento enfadado

Sub- dimensión 4 “Alegría”

- 3- Me siento alegre
- 6- Me siento optimista
- 12- Me siento jovial
- 15- Me siento contento

- **Instrumento:** La Escala de Valoración del Estado de Ánimo [EVEA] (Tasmania del Pino-Sedeño, 2010) es un instrumento diseñado para evaluar cuatro estados emocionales de carácter situacional con entidad clínica.
Es una escala de carácter situacional, elaborada para detectar los cambios que se puedan operar en esos estados producto de cambios ambientales y contextuales. (Ver Anexo 2)

Variable 3 “Adicción al Juego”

Tipo: Cualitativa- compleja

Función: Dependiente

La adicción al juego, ludopatía o juego patológico, como también se le ha llamado, es un desorden adictivo caracterizado por la conducta descontrolada en relación al juego de azar. La inversión de tiempo, energía y dinero en las actividades de juego aumenta con el tiempo y la persona se va haciendo más dependiente del juego para enfrentar la vida diaria.

- **D1 Tipo de Jugador**
- **Sub-dimensiones:** Jugador Social- Jugador problema- Jugador patológico

Sub- dimensión 1 “Jugador Social”

Indicadores:

- 4- Cuando usted juega dinero, ¿con que frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar el dinero perdido?
 - Nunca ...
- 5- ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?
 - Nunca
- 6- ¿cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
 - No

- 7- ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
➤ No

Sub- dimensión 2 “Jugador Problema”

Indicadores:

- 4- Cuando usted juega dinero, ¿con que frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar el dinero perdido?
➤ Algunas veces, pero menos de la mitad
- 5- ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?
➤ Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido ...
- 6- ¿cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
➤ Ahora no, pero en el pasado sí ...
- 7- ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
➤ Sí

Sub- dimensión 3 “Jugador Patológico”

Indicadores:

- 4- Cuando usted juega dinero, ¿con que frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar el dinero perdido?
➤ Siempre que pierdo ...
- 5-¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?
➤ La mayoría de las veces
- 6- ¿cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
➤ Ahora si
- 7- ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
➤ Sí
- 8- ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero?
➤ Sí
- 9- ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?
Sí
- 10- ¿Ha sentido alguna vez que le gustaría dejar de jugar pero no se siente capaz de ello?
Sí
- 11- ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?
Si
- 12- (Si ha respondido sí a la pregunta anterior.) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?
Sí
- 13- ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?
Sí

14- ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

Sí

15- Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de donde lo ha obtenido?

a) del dinero de casa...

b) a mi pareja...

c) a otros familiares...

d) de bancos o cajas de ahorro...

e) de tarjetas de crédito...

f) de prestamistas...

g) de la venta de acciones u otros valores bancarios...

h) de la venta de propiedades personales o familiares...

i) de la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos

- **Instrumento:** Este cuestionario consta de 16 preguntas con diferentes opciones, el participante debe elegir la que lo identifique. Cada respuesta tiene un valor, que luego se sumara y determinará qué tipo de Jugador es. (Ver Anexo 2)

Plan de Analisis

Los resultados serán analizados de manera descriptiva, representados en forma de barras simples.

Estadísticamente se asociaran variables para poner a prueba la hipótesis formulada al inicio del estudio.

V1 Perfil Cognitivo:

Tipo de Estadística: Descriptiva

Tipo de Escala: ordinal

Tipo de variable: Cualitativa

Función: Independiente

Dimensiones:

D1: Esquema Maladaptativo

Sub- dimensión 1 "Desconfianza/ Abuso"

- *Indicadores: Ítems 12- 13- 14- 15- 16*

Sub- dimensión 2 "Abandono"

- *Indicadores: Ítems 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11*

Sub- dimensión 3 "Privación emocional"

- *Indicadores: Ítems 1- 2- 3- 4- 5*

Sub- dimensión 4 "Autocontrol"

- *Indicadores: 40- 41- 42- 43- 44- 45*

Sub-dimensión 5 "Vulnerabilidad al daño"

- *Indicadores: Ítems 17- 18- 19- 20*

Sub- dimensión 6 "Auto-sacrificio"

- *Indicadores: Ítems 23- 24- 25- 26*

Sub- dimensión 7 "Estándares flexibles"

- *Indicadores: Ítems 30- 31- 32- 33- 34- 35- 36*

Sub- dimensión 8 "Inhibición Emocional"

- *Indicadores: Ítems 27- 28- 29*

Sub- dimensión 9 "Derecho"

- *Indicadores: Ítems 37- 38- 39*

Sub- dimensión 10 "Entrampamiento"

- *Indicadores: Ítems 21- 22*

Índices: El instrumento cuenta con 45 ítems, con una escala de Likert que va del 1 al 6, obteniendo como mínima puntuación 45 y como máxima 270.-

Una puntuación entre 45/75 indica patrones cognitivos estables, entre 75/150 patrones cognitivos relativamente estables, y una puntuación entre 150/270 patrones cognitivos totalmente alterados.-

D2: Distorsiones Cognitivas

Sub- dimensión 1 “Filtraje”

- *Indicadores: Ítems 4- 16- 31*

Sub- dimensión 2 “Pensamiento polarizado”

- *Indicadores: Ítems 2- 17- 32*

Sub-dimensión 3 “Sobregeneralización”

- *Indicadores: Ítems 3- 18- 33*

Sub- dimensión 4 “Interpretación del pensamiento”

- *Indicadores: Ítems 4-19-34*

Sub- dimensión 5 “Visión Catastrófica”

- *Indicadores: Ítems 5-20-35*

Sub- dimensión 6 “Personalización”

- *Indicadores: Ítems 6- 21- 36*

Sub- dimensión 7 “Falacia de control”

- *Indicadores: Ítems 7- 22- 37*

Sub- dimensión 8 “Falacia de Justicia”

- *Indicadores: Ítems 8- 23- 38*

Sub- dimensión 9 “Razonamiento emocional”

- *Indicadores: Ítems 9- 24- 39*

Sub- dimensión 10 “Falacia de cambio”

- *Indicadores: Ítems 10- 25- 40*

Sub- dimensión 11 “Etiquetar Globales”

- *Indicadores: Ítems 11- 26- 41*

Sub- dimensión 12 “Culpabilidad”

- *Indicadores: Ítems 12- 27- 42*

Sub- dimensión 13 “Falacia del deber ser”

- *Indicadores: Ítems 13- 28- 43*

Sub- dimensión 14 “Falacia del tener razón”

- *Indicadores: Ítems 14- 29- 44*

Sub- dimensión 15 “Falacia de recompensa divina”

- *Indicadores: Ítems 15- 20- 45*

Índices: El instrumento cuenta con 45 ítems, con una escala de Likert que va del 0 al 3, obteniendo como mínima puntuación 0 y como máxima 135.-

Una puntuación entre 0/45 indica que no existen distorsiones cognitivas, entre 45/90 indica que hay una alteración en las distorsiones cognitivas, y una puntuación entre 90/135 indica que existe distorsiones cognitivas no resueltas.-

D3: Pensamientos automáticos

Sub- dimensión 1 “Pensamientos positivos”

- *Indicadores: Ítems 3- 7- 10- 13- 16- 20- 24- 28- 32- 37*

Sub- dimensión 2 “Pensamientos negativos”

- *Indicadores: Ítems 1- 2- 4- 5- 6- 8- 9- 11- 12- 14- 15- 17- 18- 19- 21- 22- 23- 25- 26- 27- 29- 30- 31- 33- 34- 35- 36- 38- 39- 40*

Índices: El instrumento cuenta con 40 ítems, con una escala de Likert que va del 1 al 5, obteniendo como mínima puntuación 40 y como máxima 200.-

Una puntuación de entre 60/80 indica que usted tiene cierta tendencia a preocuparse por los problemas, una puntuación entre 80/160 indica que usted se preocupa demasiado por los problemas, y una puntuación de 160/200 indica que usted tiende a “padecer” por determinada forma de interpretar los hechos de su vida.

V2 Estado Emocional

Tipo de escala: ordinal

Tipo de variable: Cualitativa

Función: Independiente

Dimensiones:

D1: Problemas afectivos

Sub- dimensión 1 “Depresión”

- *Indicadores: Ítems 4-7- 10- 16*

Sub- dimensión 2 “Ansiedad”

- *Indicadores: Ítems 1- 5- 9- 13*

Sub- dimensión 3 “Hostilidad”

- *Indicadores: Ítems 2- 8- 11- 14*

Sub- dimensión 4 “Alegría”

- *Indicadores: Ítems 3- 6- 12- 15*

Índices: El instrumento cuenta para esta dimensión con 40 ítems, que se valoran con una escala tipo Likert con una puntuación que va del 1 al 10, obteniendo como puntuación mínima 40 y máxima de 400.-

Este instrumento consta con sub-escalas que oscila entre el 0/40 de puntuación, donde cada indicador tiene 4 ítems que lo caracteriza:

El tipo de puntuación dependiendo cada indicador dará una puntuación en donde una puntuación de 40 se tomara como el 100%, siendo así que el 40 significa que esta Depresivo, Ansioso, Hostil o alegre., una puntuación de 20 indicaría en cada uno que no hay evidencia de signos de Depresión, Ansiedad, Hostilidad o Alegría.-

V3 Adicción al juego

Tipo de Escala: ordinal

Tipo de variable: Cualitativa

Función: dependiente

D1: Tipo de Jugador

Sub- dimensión 1 “Jugador social”

- **Indicadores:** Ítems 4 nunca- 5 nunca- 6 no- 7 no

Sub- dimensión 2 “Jugador problema”

- *Indicadores: Ítems 4 algunas veces- 5 si casi la mitad de las veces- 7 si*

Sub- dimensión 3 “Jugador patológico”

Indicadores: 4 siempre, 6 ahora si, 7 sí. 8 si, 9 si, 10 si, 11 si, 13 si, 14 si, 15 si, 16

Índices: El instrumento cuenta con 16 preguntas, donde todas se puntúan de diferente manera. Las puntuaciones de este cuestionario están determinadas por el número de preguntas que revelan una respuesta “de riesgo”.

- Pregunta 1: no se valora
- Pregunta 2: No se valora
- Pregunta 3: No se valora
- Pregunta 4: la mayoría de las veces que pierdo o siempre que pierdo.
- Pregunta 5: sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido o la mayoría de las veces que pierdo.
- Pregunta 6: ahora no, pero en el pasado sí o ahora sí.
- Pregunta 7: sí
- Pregunta 8: sí
- Pregunta 9: sí
- Pregunta 10: sí
- Pregunta 11: sí
- Pregunta 12: si
- Pregunta 13: sí
- Pregunta 14: sí
- Pregunta 15: sí
- Pregunta 16 a: sí
- Pregunta 16 b: sí

- Pregunta 16 c: sí
- Pregunta 16 d: sí
- Pregunta 16 e: sí
- Pregunta 16 f: sí
- Pregunta 16 g: sí
- Pregunta 16 h: sí
- Pregunta 16 i: sí x
- Pregunta 16 j: no se valora

Total = (sobre un máximo de 20 puntos)

Normas de interpretación:

- **Puntuación 0:** sin ningún problema con el juego
- **Puntuación 1-4:** algún problema con el juego
- **Puntuación 5 o superior:** probable jugador patológico

Plan de Trabajo:

<i>Actividad</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tiempo</i>
Recolección de datos	1 Recurso humano 200 Instrumentos de Recolección de datos (2000 copias en total) Dinero para financiar copias Dinero para el transporte	6 meses
Tabulación de Datos	1 recurso humano 1 computadora	6 semanas
Análisis de datos	Espacio físico 1 recurso humano Reunión con 1 recurso humano estadista 1 computadora	6 semanas
Tabulación de resultados	1 recurso humano 1 computadora	4 semanas
Conclusiones	1 recurso humano 1 computadora	2 semanas
Informe final	1 recurso humano 1 computadora	2 semanas
Presentación de resultados	1 recurso humano Impresión del trabajo Dinero del transporte para la entrega del mismo	1 Día

Anexo N°1

Guía de convalidación de sitio

Sitio N°1 (Casino, Rosario):

- ¿Cuenta con la autorización correspondiente, para llevar a cabo la tarea de recolección de datos?
- ¿En qué horario debe realizar dicha tarea?
- ¿Cuánta es la población que asiste a esta sala que respeta nuestros criterios de inclusión?

Sitio N°2 (Empresa de viajes):

Convalidación

- ¿Se cuenta con la autorización correspondiente de los representantes de la empresa?
- ¿Cuántos lugares disponibles para pasajeros tiene la tráfico?
- ¿Cuáles son los horarios y días de las salidas a la sala de juego con los que cuentan?
- ¿Cuáles son las edades y sexos de los usuarios de esta empresa?

Anexo N°2

Consentimiento informado

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL COGNITIVO DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN LUDOPATÍA CENTRADA EN EL JUEGO DE SALAS DE JUEGO, ENTRE 45 A 65 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE ROSARIO, SANTA FE, ARGENTINA.-

- YSQL 2 (ESQUEMAS MALADAPTATIVOS), RUIZ Y LUJAN PRUEBA DE
- PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS. (DISTORSIONES COGNITIVAS)
- ATQ (PENSAMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS)
- EVEAS (ESCALA DE VALORACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO)
- CUESTIONARIO DE JUEGO SOUTH OAKS (SOGS)

Este cuestionario hace parte de la investigación “Qué relación existe entre el perfil cognitivo, el estado emocional y la adicción al juego, en Mujeres Adulto Maduro (55 a 65 años de edad) que asisten a una sala de juegos de la Ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina; en el primer semestre del 2018.-

Para garantizar que no haya riesgo para el participante en la investigación, los cuestionarios se responden de manera anónima.

Consentimiento:

Garantizo que los datos personales y las respuestas a los cuestionarios que siguen referenciados a continuación, son verídicos y pueden ser utilizados para efecto del desarrollo de esta investigación.

Comprendo los usos a que será sometida la información que entrego.

Datos generales:

EDAD: ____ SEXO: ____

FIRMA: _____

FECHA: _____

VALIDACIÓN DEL YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2

D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003)

Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990. N° Protocolo

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	2	3	4	5	6
Completamente Falso de mí.	La mayor parte Falso de mí.	Ligeramente mas Verdadero que Falso.	Modernamente Verdadero de mí.	La mayor parte Verdadero de mí.	Me describe Perfectamente .

Afirmaciones	1	2	3	4	5	6
Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales						
Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo						
La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos						
Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer						
Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen						
Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero						
Me aflijo cuando alguien me deja sola, aún por un corto período de tiempo						
No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente						
Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen						
Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas						
Me siento tan indefensa si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas						
Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo						
Me da una gran dificultad confiar en la gente						
Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas						
Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen						
Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás						

Me preocupa volverme un indigente o vago						
Me preocupa ser atacado						
Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina						
Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente						
Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno						
Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables						
Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio						
Usualmente soy la que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca						
No importa que tan ocupada esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros						
Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo						
Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros						
Me es difícil ser cálido y espontáneo						
Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones						
Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden						
Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo						
Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno"						
Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho						
Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien						
Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares						
Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas						
Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás						
Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas						
Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.						
Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas						
Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono						
Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo						
Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas						
No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo						
No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien						

Validación: Para la utilización del instrumento en este proyecto se saca del mismo la solicitud de nombre, estado socioeconómico y estado civil, ya que es una encuesta anónimo y el resto de los datos no son relevantes para la Investigación.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

RUIZ Y LUJAN, 1991

Instrucciones

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que Usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, debe encerrar el número correspondiente, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- **0** Nunca pienso en eso
- **1** Algunas veces pienso en eso
- **2** Bastante veces pienso en eso
- **3** Con mucha frecuencia lo pienso

<i>Pensamientos</i>	0	1	2	3
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque son un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener esos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28. No debería cometer estos errores	0	1	2	3

29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insoportable, no pudo aguantar más	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y como me merezco	0	1	2	3
39. Si tengo esos síntomas es porque soy enfermo	0	1	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

ATQ (Pensamientos positivos y negativos)

INGRAM Y WISNICKI, 1988 (Modificado por Kendall, Howard y Hays, 1989)

INSTRUCCIONES: Aquí encontrarás una lista de pensamientos que pueden pasar por nuestra mente. Lee cada pensamiento y escoge indicando con una X en el lugar correspondiente qué tan frecuentemente has pensado en ellos durante la última semana. Recuerda que cada frase se refiere a un pensamiento que tienes mucho, a veces o casi nunca. Marca con qué frecuencia has tenido cada uno de los siguientes pensamientos en la última semana.

- 1 Nunca
- 2 Casi Nunca
- 3 De vez en cuando
- 4 Casi Siempre
- 5 Siempre

N°	Pensamientos	Respuestas				
		1	2	3	4	5
1	Pienso que todo el mundo está contra mi	1	2	3	4	5
2	Soy malo	1	2	3	4	5
3	Estoy orgulloso de mi mismo	1	2	3	4	5
4	¿Por qué nunca gano?	1	2	3	4	5
5	Nadie me entiende	1	2	3	4	5
6	Le caigo mal a otros	1	2	3	4	5
7	Me siento bien	1	2	3	4	5
8	Pienso que no puedo seguir adelante	1	2	3	4	5
9	Desearía ser una mejor persona	1	2	3	4	5
10	Pase lo que pase, yo sé que lo puedo resolver	1	2	3	4	5
11	Soy débil	1	2	3	4	5
12	Mi vida no es como me gustaría	1	2	3	4	5
13	Puedo conseguir todo	1	2	3	4	5
14	Estoy defraudado de mí mismo	1	2	3	4	5
15	Nada es bueno ahora	1	2	3	4	5
16	Yo me siento bien	1	2	3	4	5
17	No soporto más	1	2	3	4	5
18	No tengo energías	1	2	3	4	5
19	¿Hay algo malo en mí?	1	2	3	4	5
20	Me siento satisfecho	1	2	3	4	5
21	Desearía ser otra persona	1	2	3	4	5
22	No consigo hacer nada	1	2	3	4	5
23	Me odio	1	2	3	4	5
24	Sé que puedo hacer todo lo que me propongo	1	2	3	4	5
25	No valgo nada	1	2	3	4	5
26	Desearía desaparecer en este instante	1	2	3	4	5
27	¿Qué pasa conmigo?	1	2	3	4	5

28	Soy muy feliz	1	2	3	4	5
29	Soy un perdedor	1	2	3	4	5
30	Mi vida es un caos	1	2	3	4	5
31	Soy un fracasado	1	2	3	4	5
32	Esto es maravilloso/ genial	1	2	3	4	5
33	Nunca lo lograré	1	2	3	4	5
34	Me siento tan indefenso	1	2	3	4	5
35	Algo debe cambiar	1	2	3	4	5
36	Conmigo debe estar pasando algo malo	1	2	3	4	5
37	Yo soy más feliz que las demás personas	1	2	3	4	5
38	Mi futuro está vacío	1	2	3	4	5
39	De todas maneras nada vale la pena	1	2	3	4	5
40	No consigo hacer nada	1	2	3	4	5

Escala de valoración del estado de Animo (EVEA)

A continuación encontraras una serie de frases con diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado una escala de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo **TE SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase, y para cada una de ellas elige una respuesta.-

<i>Frase</i>	<i>Nada</i>										<i>Mucho</i>
1-Me siento nervioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2-Me siento irritado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3-Me siento alegre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4-Me siento melancólico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5-Me siento tenso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6-Me siento optimista	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7-Me siento alicaído	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8-Me siento enojado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9-Me siento ansioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10-Me siento apagado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11-Me siento molesto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12-Me siento jovial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13-Me siento intranquilo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14-Me siento enfadado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15-Me siento contento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16-Me siento triste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

CUESTIONARIO DE JUEGO SOUTH OAKS (SOGS)

Fecha.....

Indique en punto N° 1, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida. Señale para cada tipo una contestación:

**1“nunca”
semana o más”**

2“menos de una vez por semana”

3“una vez por

- 16-** a) jugar a cartas con dinero de por medio
b) apostar en las carreras de caballos
c) apostar en deportes rurales
d) jugar a la lotería, a quinielas, al loto o quini 6
e) jugar en el casino
f) jugar al bingo
g) especular en la bolsa de valores
h) jugar en las máquinas tragamonedas
i) practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta

Marque con una cruz la respuesta correcta:

17- ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?

- Entre \$50 y \$100
- Entre \$101 y \$300
- Entre \$301 y \$500
- Entre \$501 y \$800
- Más de \$801
- Nunca he jugado dinero

18- ¿Tienen o han tenido sus padres algún problema con el juego?

- Mis padres juegan o han jugado demasiado ...
- Mi padre juega o ha jugado demasiado ...
- Mi madre juega o ha jugado demasiado ...
- Ninguno de los dos juega o han jugado demasiado ...

19- Cuando usted juega dinero, ¿con que frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar el dinero perdido?

- Nunca ...
- Algunas veces, pero menos de la mitad ...
- La mayoría de las veces que pierdo ...
- Siempre que pierdo ...

20- ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

- Nunca ...
- Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido ...
- La mayoría de las veces ...

21- ¿cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

- No ...
- Ahora no, pero en el pasado sí ...

- Ahora si ...

Encierre la respuesta correcta:

22- ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?

Sí No

23- ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero?

Sí No

24- ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

Sí No

25- ¿Ha sentido alguna vez que le gustaría dejar de jugar pero no se siente capaz de ello?

Sí No

26- ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?

Sí No

27- ¿Ha discutido alguna vez con las personas con las que convive sobre la forma de administrar el dinero?

Sí No

28- (Si ha respondido sí a la pregunta anterior.) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?

Sí No

29- ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?

Sí No

30- ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

Sí No

Marque con una cruz la o las respuestas correctas:

31- Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de donde lo ha obtenido?

a) del dinero de casa...

b) a mi pareja...

c) a otros familiares...

d) de bancos o cajas de ahorro...

e) de tarjetas de crédito...

f) de prestamistas...

g) de la venta de acciones u otros valores bancarios...

h) de la venta de propiedades personales o familiares...

i) de la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos...

j) de una cuenta de crédito en el mismo casino...

Validación:

- Para la investigación en curso se modifican los valores en pesos Argentinos
- Se retira la solicitud de nombre, ya que es un cuestionario utilizado de manera anónima.

Anexo N°3

Justificación de sitio

Sitio N° 1

Como se menciona en páginas anteriores, no se ha podido conseguir la autorización correspondiente para llevar a cabo esta Investigación.

Se consideró desde un primer momento que era el Sitio adecuado que reunía una serie de características que podían beneficiarnos a la hora de llevar adelante el proyecto, en él se podrían haber reunido datos importantísimos para la elaboración de este trabajo.

La falta de predisposición por parte del responsable de la Institución (Sala de Juegos), y el consejo recibido sobre cambiar el tema de la Tesis elegida (dicho en forma irónica), no han sido motivo de abandono, ni de desilusión; al contrario, nos ha dado fuerzas para seguir adelante y más convencidos que nunca, entendiendo que la problemática elegida merece, por su magnitud y crecimiento un estudio que demuestre la realidad actual desde el enfoque que planteamos.

Es por esto que para la realización se modifica el sitio, eligiendo realizar la recolección de datos en un sitio que nos es físico, pero que reúne la población que se establece en la Investigación.-

Sitio N°2

Debido a la poca predisposición de quienes podían autorizar la realización de la Investigación y brindar la información necesaria; se debió cambiar el sitio de estudio.

A raíz de lo expuesto en párrafos anteriores, se opta por un Relevamiento de Datos en una Empresa que se dedica al traslado de pasajeros a Salas de Juego, se cree que la utilización de este nuevo Sitio por decirlo de alguna manera, ya que no es un Sitio físico, se puede reunir los datos necesarios para el Proyecto, esto se hará mediante la Observación, y Encuesta.-

Esta empresa realiza paseos diarios de Lunes a Domingos, a Casinos tanto de la Ciudad de Rosario como los de alrededores, como son los de la Ciudad de Santa Fe o Melincué.-

Luego de una entrevista con los responsables de la empresa, pudimos obtener datos aproximados, la mayor cantidad de clientes es de sexo femenino (80%) y sus edades oscilan entre los 40 y 80 años. La empresa brinda un viaje con un costo de \$200 que incluye servicio puerta a puerta de ida y vuelta, 5hs de espera y un ticket de juego de \$120, cuenta con 15 asientos disponibles diarios-

Anexo N° 4

Prueba Piloto:

Luego de la prueba piloto, se obtienen resultados negativos y positivos en cuanto a la utilización de los instrumentos que presentamos posteriormente.

Es por ello que se decide realizar algunos cambios en los mismos ya que:

- Teniendo en cuenta el control de validez interna de se deja en claro que todos los instrumentos han sido probados en Mujeres Adulto Maduro, cuyas edades oscilan entre los 45 y 60 años, que asisten a una sala de juegos de la Ciudad de Rosario.-
- Los instrumentos se completan en un periodo aproximado a los 4min 30 seg, sumando un total estimado de 22 minutos; aquí nos damos cuenta que es bastante el tiempo que debemos dedicarle por persona, es por ellos que se planea una actividad de recolección de datos más extensa, y por lo cual se establece un periodo de 6 meses.-
- En cuanto al instrumento en sí, modificamos su presentación ya que no había espacio en mucho de ellos para las respuestas o eran poco entendibles las consignas.
- Se eligió de un primer momento el formato de Encuesta auto-administrada; dependiendo de la prueba realizada, debemos modificar este formato, y pasarlo a entrevista, ya que son varios instrumentos y las participantes en un momento dejan de entender, se marean, o no entienden las preguntas.
- En el ANEXO N°2 se encuentran los Instrumentos finales a utilizar con las modificaciones correspondientes.-
- A continuación se encontrar los Instrumentos que se recabaron con la prueba piloto.-
- Luego de llevar a cabo la prueba piloto y los ítems desarrollados anteriormente, debemos repetir la misma con los instrumentos corregidos.-

Bibliografía

- Aaron, B. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bahamón Muñetón, M. J. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*, 89/102.
- Becoña, E. (s.f.). Evaluación y tratamiento del juego patológico. *Universidad de Santiago de Compostela*.
- Caballo. (1998). *Manual para el trastorno cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. España: XXI.
- Calero, S. (23 de 01 de 2007). Cada vez más son los jugadores compulsivos en Argentina. *Clarín*.
- Claudio, P. (26 de 07 de 2015). Adicción y diseño, los pilares de la ganancia. *El Tribuno*.
- Diego, C. (2005). VALIDACIÓN DEL YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE LONG. *Revista latinoamericana de Psicología* , 541/560.
- Dominka, D. (2000). Estilo específico de pensamiento genérico y el curso de la depresión mayor en hombres y mujeres: un estudio de tres años en Polonia. *Revista Chil. Neuropsiquiátrica*, 15/22.
- Espada, A. S. (2014). Estadísticas de la Ludopatía. *Rehably es*.
- Fernandez, M. L. (2011). Bases históricas y teóricas de la enfermería.
- Guerri, M. (s.f.). Adicción al juego o Ludopatía y los distintos tipos de jugadores. Barcelona, España.
- Guillermo Alonso Castaño Pérez, G. A. (2016). Factores de riesgo para Ludopatía en un grupo de Jugadores de Casinos de la Ciudad de Medellín, Colombia. *Redalyc Org*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/839/83946520007/index.html>
- Klosko, Y. &. (2001). Reinventa tu vida. *Barcelona: Paidós*.
- LA EDAD ADULTA INTERMEDIA. (26 de 11 de 2012).
- La vejez, la tanatología, el envejecimiento y los Adultos. (14 de 03 de 2011). Obtenido de (La vejez, la tanatología, el envejecim <http://vejezyenvejecimiento.blogspot.com.ar/2011/10/la-psicologia-del-desarrollo-adulto.html>
- Londoño, A. N. (2002). Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia armada. Obtenido de http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gpv2_upb_medellin/pgv2_m030_pregrados/pgv2
- López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Cuidarte*, 1108/1120.

- Ludopatía, el juego que destruye. (2011). *BBC Mundo*. Obtenido de http://www.bbc.com/mundo/movil/noticias/2011/02/110117_adiccion_ludopatia_il.shtml
- M, O. H. (2007). La inteligencia emocional y su utilidad para prevenir adicciones y otros problemas psicosociales. *Liberaddictus*, 100/3133.
- M., G. F. (1993). La encuesta. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación.*, 141-70.
- MAD (Ed.). (1981). Cuidados de Enfermeros en Atención Primaria. *Prevención y tratamiento de Toxicomanías*, 4, 120.
- McCormick, R. y. (s.f.). *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*. En J. Howells. Nueva York : Brunner/Mazel.
- Mejía. (2010). Evaluación, diagnóstico e intervención desde la psicología cognitiva. *Corporación Universitaria Lasallista*. Caldas, Medellín.
- Monica, R. (27 de 11 de 2011). Ludopatía, una enfermedad que crece pero el Estado no atiende. *El Litoral*.
- Muñoz Cuartas, A. M. (2004). Línea de investigación: perfiles cognitivos y psicopatológicos. *Grupo de investigación: estudios clínicos y sociales*.
- Rodríguez, E. (s.f.). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. Obtenido de <http://www.ipsicoc.com/ppubdet.php?pubid=87&cpuid=3>
- Tasmania del Pino-Sedeño, W. P. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (evea): *Análisis y Modificación de Conducta*, 19/32.
- Young. (1999). A schema focused approach. *Cognitive therapy for personality disorders*.