



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

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

“DEPRESIÓN E IMPULSIVIDAD EN JUGADORES DE
BINGO Y NO JUGADORES DE BINGO”

ALUMNA: Alejandra Marcela Ghergo

LEGAJO: A0900010394-P1

TUTOR: Florencia Ferrero

Diciembre de 2022

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	5
Planteo del problema	5
MARCO TEÓRICO.....	11
Juego y etimología.....	11
Impulsividad.....	12
Objetivos Específicos	17
Hipótesis.....	18
Justificación y relevancia	18
3.2. Muestra.....	19
3.3. Participantes	20
3.4. Instrumentos	21
3.5. Procedimiento.....	22
4. Análisis de los resultados	22
4.2. Análisis de la normalidad	23
4.3. Análisis de la relación entre variables.....	23
4.4. Análisis de las diferencias de grupo	25
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	30

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS	39
Solicitud de consentimiento informado.....	39

RESUMEN

El juego es de gran importancia para el desarrollo de cualquier sujeto, es una actividad cultural, siendo testigo de la historia de los pueblos. Los patrones de conducta del juego fueron cambiando, las características de cada sociedad impusieron distintos tipos de juegos. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la depresión y la impulsividad en sujetos adultos, comparando a los individuos que juegan al bingo regularmente y en quienes no juegan. Se efectuó una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva-comparativa, no experimental y transversal, siguiendo el tipo de estudio ex post-facto. Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 136 adultos, la mitad jugadores de bingo. Se empleó la Escala de Impulsividad de Barratt [BIS-11] (Patton, 1995; adaptación española: Oquendo et al., 2001) y el Inventario de Depresión de Beck II (Beck et al., 1996). La administración se realizó de manera virtual, mediante redes sociales a personas que jugaban al bingo y a no jugadores residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 26.0. Los resultados mostraron la presencia de relaciones significativas y positivas entre la depresión y las dimensiones de la impulsividad. Además, quienes sí jugaban al bingo se mostraron más impulsivos y deprimidos comparados con quienes no lo hacían.

Palabras clave: Depresión, Impulsividad, Ludopatía, Jugadores de bingo.

ABSTRACT

The game is of great importance for the development of any subject, it is a cultural activity, being a witness a of the history of peoples. The behavior patterns of the game were changing, the characteristics of each society imposed different types of games. The objective of this study is to analyze the relationship between depression and impulsivity in adult subjects, comparing individuals who play bingo regularly and those who do not. It was made a quantitative, descriptive-comparative, non-experimental and cross-sectional study, following the ex post-facto type of study. It was taken a simple accidental non-probabilistic sample of 136 adults, half of them bingo players. They were used the Barratt Impulsivity Scale [BIS-11] (Patton, 1995; Spanish adaptation: Oquendo et al., 2001) and the Beck Depression Inventory II [BDI-II] (Beck et al., 1996). The administration made virtually, through social networks to people who played bingo and non-players residing in the Metropolitan Area of Buenos Aires. The data was analyzed with the statistical package SPSS 26.0. Results showed the presence of significant and positive relationships between depression and impulsivity dimensions. In addition, those who did play bingo were more impulsive and depressed compared to those who did not.

Keywords: Depression, Impulsivity, Gambling, Bingo players.

INTRODUCCIÓN

Planteo del problema

Según la Real Academia Española [RAE] (2020), el juego es la acción y la consecuencia de jugar por entretenimiento, constituye un ejercicio recreativo o de desafío el cual posee reglas, se gana o se pierde. Para la psicología, el juego constituye un elemento fundamental en el desarrollo individual, es una actividad innata, la cual se origina de manera natural. El juego lleva a que los niños se vinculen con sus pares, con los adultos y el ambiente, aprendiendo a relacionarse con distintos individuos y conocer el entorno. Mediante el juego los niños investigan y aprenden, se comunican con los adultos, generan su personalidad, desarrollan las habilidades sociales, las capacidades intelectuales y disipan los conflictos (Ruiz Gutiérrez, 2017).

Actualmente, la impulsividad, la depresión y ansiedad constituyen problemáticas que repercuten en el comportamiento, debido a que repercuten de forma proporcional en las relaciones interpersonales. Cuevas Aguirre y Hernández Pozo (2008) señalan que la impulsividad es la elección entre alternativas de respuesta que generan inmediatez, aunque con menos refuerzo, por lo que el individuo escoge una opción que genera reforzadores inmediatos pero pequeños en vez de los reforzadores que demoran más, pero son grandes. Lo contrario sería el autocontrol, es decir, elegir la respuesta que genera una ganancia mayor a largo plazo. Existe consenso de que el comportamiento impulsivo y los problemas generados por la tendencia a comportarse sin reflexionar se incrementa. La Impulsividad es un elemento clave en comportamientos problemáticos como la ludopatía (Domínguez Álvarez, 2009).

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es conocer si existe una asociación entre las variables de depresión e impulsividad, en personas que juegan regularmente en el bingo y en personas que no lo hacen.

ANTECEDENTES

En cuanto a la revisión de la literatura, se mencionarán los estudios que se pudieron encontrar, los cuales analizaron a la impulsividad y la depresión en diferentes poblaciones:

Sánchez-Sarmiento et al. (2013) realizaron un artículo en el que se describieron los diferentes contextos de los estudios de la impulsividad, recomendando una mayor integración en las indagaciones sistemáticas de esta conducta, al plantear que el constructo de impulsividad no es unitario; sino que contiene diferentes fenómenos vinculados como la planificación, las decisiones, la flexibilidad cognitiva, la regulación emocional y la motivación. Estos elementos se asocian con las bases biológicas, el desarrollo psicológico y demás diseños y herramientas.

Por otra parte, Rueda et al. (2016) realizaron una investigación con el objetivo de asociar la impulsividad y los rasgos de personalidad, buscando evidencia de validez convergente-discriminante para la Batería Factorial de Personalidades (BFP) y para la *Escala de Avaliação da Impulsividade* (EsAvI). Se empleó una muestra de 178 miembros de la Policía Militar del Estado de Minas Gerais, Brasil. Los resultados mostraron que existían modelos predictores conformados por facetas de los cinco factores de la personalidad, resaltando la Inestabilidad Emocional y la Responsabilidad y Extraversión como los más vinculados a la Impulsividad. A su vez, se observó que la dimensión “Falta de Concentración y de Persistencia” de la impulsividad fue la que evidenció modelos con más variancia explicada por las facetas de la personalidad.

Además, Squillace y Picón Janeiro (2015) realizaron un estudio para efectuar actualización conceptual de las conductas impulsivas o compulsivas que llevan al reconocimiento y al diagnóstico diferencial de ambas. Cabe destacar que las dos presentan diferencias a destacar, como la existencia de pensamientos obsesivos antes de la acción de las compulsiones, las cuales no se presentan en las conductas impulsivas.

En las últimas, existe una falta de pensamientos mediacionales frente a la carencia de premeditación (Zermatten & Van der Linden, 2008)

A su vez, Gallego Cózar (2015) realizó una investigación con el objetivo de efectuar un análisis comparativo de las terapias tendientes al control de la impulsividad, con el objetivo de crear una guía de las técnicas psicológicas útiles en su disminución. Por ende, se efectuó una revisión teórica de las definiciones de impulsividad y del DSM-5, donde se describieron los tratamientos para el abordaje de las patologías con más prevalencia dentro de la impulsividad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de la personalidad límite. Se concluyó que los tratamientos fueron empíricamente validados para estos trastornos y se señalaron las técnicas que apuntan a la conducta impulsiva.

Asimismo, Guerrero Apolo (2018) efectuó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la impulsividad y la inclinación de la frente hacia atrás, y el volumen de la materia gris de la corteza cerebral. Los resultados confirmaron las hipótesis, encontrándose aumentos en estos lóbulos y en áreas del lóbulo occipital. Además, se encontró una reducción del volumen de materia gris en el lóbulo frontal, temporal y parietal. Se concluyó que a mayor inclinación de la cabeza, existía mayor impulsividad en sujetos sanos. A su vez, numerosas regiones cerebrales parecen encontrarse implicadas en este constructo. Se concluyó que, a pesar de que se trata de resultados iniciales, se abre una línea de investigación sobre la asociación entre la estructura craneofacial, el tejido cerebral y los elementos de la personalidad.

Por otra parte, De la Rosa Ramos (2019) analizó la impulsividad como factor de riesgo para el consumo de sustancias, en personas privadas de la libertad en un centro ecuatoriano. Primero se conformó una ficha sociodemográfica y se administró la escala Barratt, luego se administraron los instrumentos de recolección de datos, efectuándose un análisis de la información recopilada con la bibliografía. Los resultados mostraron

que la impulsividad cognitiva y no planificadora eran las clases de impulsividad más evidentes en la población analizada, no habiendo una relación significativa entre el consumo de sustancias y la impulsividad.

A su vez, Riaño-Hernández et al. (2015) efectuó una revisión sistemática de la impulsividad en adolescentes, con el objetivo de hallar definiciones y estudiar las medidas empleadas para analizarla y describir los rasgos psicológicos asociados. La compilación de artículos se efectuó a través de diferentes bases de datos científicas, recopilándose 3457 artículos, de los cuales se revisaron 108. Los resultados evidenciaron las definiciones de impulsividad, los sujetos, los instrumentos de evaluación y la relación entre variables. Se concluyó que la impulsividad es un constructo con diferentes definiciones, el *Matching Familiar Figures Test* [MFFT] fue la medida más empleada para analizarlo, y se asoció a cuestiones como problemas comportamentales, medidas cognitivas, agresión y cuestiones familiares.

Además, Botto et al. (2014) efectuaron un estudio con el objetivo de realizar una revisión del constructo psicopatológico de la depresión, con una visión multidimensional del punto de vista, de lo clínico, sociocultural, caracterológico y de las variables patógenas. Por último, se realizó una propuesta para un buen enfoque diagnóstico. La depresión genera un elevado impacto en la salud mental, su diagnóstico es un desafío. Esto se debe a la falla en la descripción y diferenciación de la enfermedad, por lo que los autores consideran que la depresión debe ser pensada como un fenómeno complejo que puede ser estudiado desde diferentes perspectivas, incluyendo la personalidad y la interacción con el ámbito sociocultural.

Asimismo, Carranza Esteban (2012) realizó un estudio con el objetivo de describir el nivel de depresión en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Se siguió un diseño no experimental, de tipo descriptivo. Se empleó una muestra de 2005 personas de ambos géneros, de entre 16 y 36 años, quienes respondieron el Inventario

de Depresión de Beck Adaptado [BDI-IIA] (Carranza, 2009). Los resultados evidenciaron que existía depresión en los estudiantes universitarios, de los cuales el 23,2% contaba con un nivel severo mientras que el 24.1% evidenció un nivel moderado.

Además, Pérez-Padilla et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de llevar a cabo una revisión de las principales conclusiones de la bibliografía en cuanto a la etiología del trastorno depresivo mayor. El mismo es un problema de salud pública por la elevada prevalencia y su etiología compleja, debido a que intervienen elementos sociales, genéticos y biológicos. Las intervenciones psicológicas pueden mejorar el desempeño cognitivo de las personas con depresión mayor. Por lo tanto, una perspectiva integrada debe contar con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que llevarían a mejores resultados en el tratamiento y la remisión de los sujetos que padecen el trastorno depresivo mayor.

En adición, Pérez Esparza (2017) escribió un artículo sobre el tratamiento farmacológico de la depresión. Las opciones de tratamiento conciernen la psicoterapia, los psicofármacos, la terapia electroconvulsiva y la magnética transcraneal. El tratamiento farmacológico logra tasas de remisión sintomática significativas. Se concluyó que el trastorno depresivo mayor es un padecimiento debilitante y es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (Global Burden of Disease Study, 2015). Desde que se descubrieron las propiedades antidepressivas de la iproniazida, la mayoría de los antidepressivos se crean para accionar sobre los sistemas de neurotransmisión monoaminérgico (Hillhouse y Porter, 2015). Los estudios en la neurobiología permitieron la expansión de blancos terapéuticos.

Por su parte, Giacomantone (2019) escribió un artículo en el que se describieron diferentes presentaciones clínicas de la depresión, haciendo hincapié en los estados depresivos atípicos, los cuales configuran depresiones encubiertas, y son frecuentes, como la depresión posquirúrgica, los cuadros dolorosos crónicos, la fatiga y la

fibromialgia. El reconocimiento y el diagnóstico de la depresión permitirá la implementación de intervenciones terapéuticas. Además, se efectuó una revisión de las recomendaciones para emplear antidepresivos en atención primaria y la consulta psiquiátrica.

Asimismo, Sanz y García-Vera (2020) analizaron la autenticidad de cinco ideas populares acerca de la depresión infantojuvenil que llevan a que los niños y adolescentes tengan un tratamiento adecuado y que fomentan la farmacoterapia en detrimento de la psicoterapia. Se contrastaron los resultados de los metaanálisis e investigaciones en PsycINFO y MEDLINE, encontrándose que la psicoterapia sirve para curar la depresión infantojuvenil, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal son los tratamientos de primera elección, la psicoterapia suele ser un tratamiento breve, la depresión infantojuvenil es considerada un trastorno mental, y que la causa de la depresión infantojuvenil puede ser una hipótesis más.

A su vez, León Tarazona (2021) escribió un artículo sobre la depresión como problema de salud pública surgido de la pandemia de COVID-19. Se realizó un análisis del impacto del coronavirus en la salud mental. La depresión es uno de los trastornos más usuales y peligrosas de la pandemia, repercutiendo en mujeres, personas jóvenes, personal de salud, grupos de riesgo e individuos con problemas emocionales. Se necesita de políticas y programas de salud mental para tratar los síntomas depresivos, evitar el surgimiento de complicaciones y enfrentar las consecuencias de la pandemia por COVID-19.

Por último, Ortega et al. (2022) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de conocer los niveles de ansiedad y depresión en 46 pacientes diagnosticados con factor de crecimiento transformador-beta. Se administraron el Inventario de Depresión de Beck II (BDI II) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Los resultados mostraron que el 17.78% contaba con depresión leve, el 26.67% con depresión

moderada y el 22.22% con depresión severa. Se hallaron relaciones significativas y positivas entre depresión y ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Se concluyó que estas personas mostraron niveles elevados de ansiedad y depresión, lo que permitirá mejorar los tratamientos desde un abordaje interdisciplinario.

MARCO TEÓRICO

Juego y etimología

El juego es de gran importancia para el desarrollo de cualquier sujeto, es una actividad cultural y de esto es testigo la historia de los pueblos. Primitivamente estuvo relacionado con rituales festivos y religiosos, se podría afirmar que ha formado parte de la vida social y que no existe forma de sociedad y cultura sin juego (Barroso Benítez, 2003).

Continuando con la línea histórica, la presencia del juego también ha marcado la tradición del pensamiento. Aristóteles postula que el juego se vincula directamente con la felicidad y la virtud, considerando que era una actividad que se desarrollaba en otro plano supremo al ser humano. Asimismo, Kant lo vinculaba con la creatividad estética del hombre, siendo el juego una manifestación del arte (Schiller, 1990).

De esta manera, a través del tiempo, los patrones de conducta del juego fueron cambiando, es decir, su manifestación y organización social. Las características de cada sociedad impusieron distintos tipos de juegos. Varios autores demuestran la interrelación entre juego y sociedad, el más conocido es Cailliois (1986), quien afirma que se puede realizar una fisonomía de la sociedad partiendo de los juegos que predominan en ella, ya que son factores de la cultura. Debido a esto, una época puede caracterizarse por sus juegos, los juegos preferidos dentro de una sociedad evidencian los gustos, las maneras más comunes de razonar y educan y arrastran a los jugadores en

las virtudes o defectos, afectando sus hábitos o preferencias.

Así pues, jugar es parte del proceso de aprendizaje y de la maduración de todas las especies, incluida la humana. Jugar brinda las herramientas para respetar reglas, desarrollar habilidades y desenvolverse como especie (Ramos Brieva, 2006). De esta forma, el desarrollo del infante no puede ser considerado sin juegos, esto responde a la necesidad de imaginar, crear, pensar, expresar, soñar y conocer. Es un impulso primario que guía desde el nacimiento a explorar, dominar y conocer el mundo, permitiendo un crecimiento sano del cuerpo, la inteligencia, la emocionalidad y la sociabilidad. Es así como el jugar se vuelve una de las fuentes más significativas del progreso y del aprendizaje. Brinda alegría y satisfacción, se aceptan los retos y se superan con esfuerzo, habiendo resultados al azar. Se crean defensas contra esta frustración y se aprende a colocarse en el lugar del otro (Marín y Hierro, 2013).

Sin embargo, respecto al juego, Ramos Brieva (2006) postula que al intervenir el azar se genera la dificultad, lo que debilita todos los aspectos positivos del juego: el azar transforma a los sujetos en pasivos quedando casi inhabilitadas las habilidades.

Impulsividad

A referirse a la impulsividad, Sola Gutiérrez et al. (2013) postulan que, en el área de la psicopatología, múltiples síndromes tienen a la impulsividad como característica esencial: el trastorno límite de la personalidad, el trastorno bipolar, el trastorno por control de los impulsos, los comportamientos antisociales y el trastorno de dependencia de sustancias.

La impulsividad podría ser definida como una propensión a la acción sin toma de conciencia, es decir, una conducta, con o sin poca premeditación sobre las consecuencias. Esta acción supone hechos rápidos, no planificados en donde prima la urgencia de un refuerzo inmediato. Al mismo tiempo, es considerada como una

propensión psico-biológica que predispone a un espectro de comportamientos más que a una acción en particular (Moeller et al., 2001).

Por su parte, Barkley y Rusell (1997) definen la impulsividad como un atributo que permite posponer e interrumpir respuestas para lograr los objetivos propuestos. La autorregulación emocional y motivacional se asocia a la incapacidad de inhibir conductas. Esta permite que el sujeto controle sus emociones para dirigir sus acciones hacia un objetivo. La regulación emocional y la inhibición de respuestas inadecuadas son distintas a nivel conductual, dando valor al autocontrol, por lo que el déficit en la impulsividad generaría un deterioro de las funciones como la planificación y la flexibilidad cognitiva.

De esta forma, la impulsividad es una antesala de la conducta adictiva que convive con diferentes variables del ámbito de la adicción. De esta forma, la impulsividad provoca actos sociales inadecuados en los que prevalece la desinhibición conductual. La impulsividad está compuesta por dificultades en la atención, la búsqueda de sensaciones y lo novedoso de la estimulación, la urgencia, la dificultad de control, el aplazamiento o la inhibición de la respuesta. Existen problemáticas en el aplazamiento de un refuerzo positivo inmediato por uno de más tiempo, poco análisis del contexto y poca información antes de generar una respuesta; falta de perseverancia y mucha sensibilidad a los refuerzos positivos (Sola Gutiérrez et al., 2013).

La impulsividad también se asocia a la búsqueda de sensaciones y a la necesidad de vivenciar nuevos sucesos en donde la motivación se encuentra en el deseo de vivenciar riesgos físicos y sociales, siendo el eje de la conducta. Además, la conducta impulsiva y la búsqueda de sensación se generan en un entorno de adicción con un valor agregado que fomenta el aumento de adicciones (Sola Gutiérrez, et al., 2013).

Por su parte, Barrat (1965) señala que la impulsividad es una dimensión de la personalidad de primer orden asociada directamente con la extroversión, la hipomanía y

con la búsqueda de sensaciones.

A su vez, Pueyo (2003) afirma que las consecuencias de la impulsividad suelen ser negativas para el sujeto y también para la sociedad. De esa manera, es pensada una característica negativa. La impulsividad engloba un conjunto de procesos afectivos, cognitivos y motivacionales que actúan conjuntamente, por lo que se podría debatir la impulsividad desde un nivel individual, como una conducta de una persona en determinado contexto, al actuar sin reflexionar; como una característica que genera una predisposición a reaccionar, decidir y pensar de forma impulsiva, lo que se vuelve una manera de describirlo; y como síntoma de enfermedad mental, como la psicopatía o la esquizofrenia.

Barratt et al. (1999) señala que la impulsividad puede ser considerada como tres manifestaciones distintas:

1. *Impulsividad Motora*: es la tendencia a comportarse motivado por las emociones situacionales con desinhibición.
2. *Impulsividad Atencional*: es un bajo control de la intrusión de pensamientos y dificultades para prestar atención.
3. *Impulsividad por Imprevisión*: es el procesamiento veloz de la información que lleva a decidir sin planear y tendiendo hacia el presente.

Depresión

El término “depresión” se originó a mediados del siglo XIX, haciendo referencia a una alteración de las emociones. Fue Freud quien describió los dinamismos psicológicos relacionados a las respuestas afectivas de duelo y los síntomas de la depresión melancólica, en la que existe una pérdida de la autoestima lo que se evidencia en la presencia de autorreproches (Botto et al., 2014).

Los síntomas depresivos poseen una gran importancia la práctica clínica y

conforman un problema importante de salud pública. Se calcula que entre el 13 y el 20% de la población posee síntomas depresivos (Alvarado y Rojas, 2011), aunque existe una gran variedad de prevalencias, por los diferentes niveles de sintomatología depresiva considerados significativos y las diferencias entre las poblaciones analizadas (Alvarado y Rojas, 2011; Kessler & Bromet, 2013).

Hoy en día, el trastorno depresivo mayor es uno de las enfermedades que más discapacidad genera a nivel mundial (Global Burden of Disease Study, 2015), tanto por sí mismo como por su relación con enfermedades como el sobrepeso, la obesidad y los problemas cardíacos (Dhar & Barton, 2016; Lupino et al., 2010). La prevalencia en la vida de un trastorno afectivo es del 9.2% de la población, habiendo mayor participación del trastorno mencionado (Medina-Mora et al., 2007).

Por otra parte, en el Tratado de Psiquiatría (Ey, 1980), la depresión es considerada un conjunto de inhibiciones psíquicas, un enlentecimiento de los procesos psíquicos que disminuye la conciencia y los intereses, pliega al sujeto sobre sí mismo y rehúye de los demás. Quien la padece vivencia una languidez moral, problemas para pensar, evocar trastornos de la memoria y fatiga psíquica, astenia física y enlentecimiento de la actividad motriz, asociados a malestares somáticos en cuanto a las perturbaciones neurovegetativas.

A su vez, en cuanto al análisis de la depresión como patología psiquiátrica (Strauss, 1928; Minkowski, 1930 como se citó en Ey, 1980), existe una alteración en la estructura temporal, inversa a la de la manía. El sujeto depresivo sufre un enlentecimiento y una detección del tiempo. El melancólico se encuentra anclado en una temporalidad desestructurada, sin impulso hacia el futuro y siempre mirando al pasado. El tiempo es y debe ser una perspectiva de la muerte, el melancólico se encuentra inmerso en una fatalidad con su pasado.

Siguiendo con los criterios psiquiátricos, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5° edición [DSM-V] (2014) plantea una serie de criterios para diagnosticar el trastorno depresivo mayor:

A. Se deben cumplir cinco o más criterios por un período de dos semanas, modificándose el funcionamiento previo. Se debe manifestar un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés, con frecuencia diaria, y se la debe vivenciar la mayor parte del día, según la información brindada por la persona o la observación de los demás:

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Reducción del interés o del goce por las actividades.
3. Pérdida de peso sin dieta o aumento de peso o del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retardo motor.
6. Fatiga o falta de energía.
7. Sentirse inútil o un vivenciar culpabilidad excesiva.
8. Reducción de la capacidad para pensar, concentrarse o decidir.
9. Pensamientos de muerte e ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o un plan para ejecutarlo.

B. Estos síntomas provocan un malestar significativo o un deterioro social o laboral.

C. El episodio no es causado por los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica.

D. El episodio tampoco se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante, esquizofrenia u otro trastorno no especificado dentro del apartado de esquizofrenia y demás trastornos psicóticos.

E. Nunca sucedió un episodio maniaco o hipomaniaco.

En cuanto a la depresión, el esquema planteado por Aaron Beck es conocido como la tríada cognitiva. Esta hace referencia a una visión negativa sobre sí mismo, del

ambiente y del futuro. En otras palabras, quien padece depresión emplea un sesgo negativo sobre sí mismo, se considera alguien desvalorizado, hace hincapié en sus aspectos negativos y no considera nada bueno de sí. A su vez, se enfoca en las cuestiones negativas de su ambiente y de los individuos a su alrededor. Además, es pesimista sobre el futuro de su vida, vivirá desgracias y padecimiento. La visión negativa del futuro es conocida como desesperanza y se asocia al riesgo de suicidio (Beck et al., 2010).

Para ello se planteó el Modelo de la Terapia Cognitiva de la Depresión, el cual plantea que los esquemas se expresarán en la consciencia mediante las interpretaciones específicas de los escenarios que atraviesa. Las mismas son consideradas pensamientos automáticos y radican en mensajes cortos con la forma de frases breves. Las verbalizaciones negativas que el depresivo realiza en su consciencia hacen que la emoción que prevalezca en su estado de ánimo sea la tristeza. La expresión de los esquemas en pensamientos automáticos se debe a la activación de formas distorsionadas de procesamiento de la información. Como las personas poseen la habilidad para procesar la información, así como el sujeto se beneficia, también puede volverse en su contra (Rivadeneira et al., 2013).

Objetivo General

Analizar la relación entre la depresión y la impulsividad que presentan los sujetos adultos, comparando a los individuos que juegan al bingo regularmente y en quienes no juegan.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra teniendo en cuenta los datos sociodemográficos y las variables psicosociales, tales como: edad, género, estado civil, nivel de estudios,

estado civil, si realiza actividades que promuevan el bienestar.

- Identificar los niveles de impulsividad en las personas que juegan y en los individuos que no juegan no al bingo.
- Identificar los niveles de depresión en los jugadores y en las personas que no juegan al bingo.
- Comparar el grado de impulsividad y de depresión según si se juega regularmente al bingo.

Hipótesis

Los sujetos que juegan regularmente al bingo mostrarán mayores niveles de impulsividad y de depresión en comparación con los adultos que no juegan.

Las personas de género femenino mostrarán mayores niveles de impulsividad comparadas con los individuos de género masculino.

Justificación y relevancia

Con los resultados de esta investigación se pretende comprender la relación que existe entre los niveles de depresión e impulsividad en jugadores de bingo y no jugadores, pudiendo generar reflexiones y nueva información teórica sobre esta área y poder servir para futuros estudios.

Según el proyecto de ley emitido por el senado y la cámara de diputados, es necesario establecer un marco jurídico para prever las consecuencias negativas del juego a la comunidad y considerar un tratamiento preventivo en el caso de los jugadores sociales, así como un tratamiento para el caso de los jugadores patológicos. En el proyecto mencionan la relevancia del aspecto preventivo, si bien los jugadores sociales no cuentan con problemas incontrolables con el juego, es el puntapié hacia la

enfermedad (Senado Argentina, 2019).

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de diseño

Se efectuó un plan de investigación cuantitativo, siguiendo el tipo de estudio ex post-facto, el cual permite una exploración sistemática y empírica en la que el investigador no posee el control sobre las variables independientes, debido a que los eventos se manifestaron o son manipulables de forma intrínseca. El suceso objeto de análisis no se transforma porque se produjo y luego se analizan las causas y consecuencias (Carrasco y Caldero Hernández, 2000).

Además, se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo-comparativo en el que se comparan grupos, no experimental y transversal.

3.2. Muestra

Según Corbetta (2007), el muestreo es la elección de un número reducido de personas de una población, la cual conformará la muestra empleándose criterios que van a permitir la generalización de los resultados de la muestra a la población en su totalidad.

Además, se empleó una muestra no probabilística, ya que no es posible el diseño probabilístico, por lo que se extrae cada unidad con una probabilidad conocida, o de antemano se conoce que no podrá efectuarse (Corbetta, 2007).

Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 136 adultos, con una edad promedio de 43,17 años (DT= 12,45 años; Me.= 40 años; Min.= 18 años; Máx.= 75 años). El 19,9 % (n=27) reside en C.A.B.A y el 80,1% (n=109) en G.B.A. Además,

el 64.7 % (n=88) de los sujetos pertenecían al género femenino, mientras que el 35.3% (n=48) pertenecían al género masculino.

Respecto al máximo nivel educativo alcanzado, el 16.9% (n=23) alcanzó el nivel primario, el 48.5% (n=66) alcanzó nivel secundario y el 34.6% (n=47) el nivel universitario. Por otro lado, el 46.3% (n=63) manifestaron realizar actividades en su tiempo libre que les genera bienestar. En relación a si juegan al bingo, el 54% (n=54) manifestaron que actualmente lo hacen. El 4.4% (n=4) juega con frecuencia diaria, el 44.1% (n=30) con una frecuencia semana, el 16.2% (n=11) con frecuencia mensual y el 35.3% (n=24) juega de vez en cuando. En cambio, el 60.3% (n=82) manifestó que actualmente no juega al bingo.

Luego en cuanto al consumo de drogas, el 14.7% (n=20) indicó que consume algún tipo de droga. De modo que el 15% (n=3) consume a diario, el 25% (n=5) semanalmente y el 60% (n=12) una vez al mes. Por el contrario, el 85.3% (n=116) han manifestado no consumir drogas. A su vez, el 78.7% (n=107) consume alcohol, de ellos el 9.3 % (n=10) lo hace diariamente, el 42.1 % (n=45) consume semanalmente, el 3,7 % (n=4) mensualmente y el 44.9 % (n=48) lo hace de vez en cuando. Asimismo, el 21.3 % (n=29) manifestó no consumir alcohol.

3.3. Participantes

Criterios de inclusión:

Al momento de administrar los protocolos los sujetos deben cumplir con los puntos:

- Ser mayores de 20 años.
- Residentes en la Capital Federal o en el Conurbano de la provincia de Buenos Aires.

- Jugar con frecuencia al bingo.
- Aceptar participar de la investigación.

Criterios de exclusión:

Los sujetos que no participarán del estudio contarán con los siguientes criterios:

- Contar con otro diagnóstico psiquiátrico diferente a la ludopatía.

3.4. Instrumentos

Se administró un cuestionario sociodemográfico elaborado para cumplir con los fines de esta investigación. El mismo indaga cuestiones demográficas, así como información referida al juego y al consumo de sustancias.

Según las variables mencionadas, se utilizó la Escala de Impulsividad de Barratt [BIS-11] (Patton, 1995; adaptación española: Oquendo et al., 2001). Este es uno de los instrumentos más utilizados para la medición de la impulsividad. Es una escala conformada por 30 ítems que valoran el nivel de acuerdo con el ítem en cuestión, a través de una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: raramente o nunca (0), ocasionalmente (1), a menudo (3) y siempre o casi siempre (4). Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 23 puntúan de forma inversa. Cuenta con tres subescalas: Impulsividad Cognitiva / Impulsividad Motora / Impulsividad no planeada. En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna fue de 0,8. La fiabilidad test –retest tras 2 meses fue de 0,89.

Además, se administró el Inventario de Depresión de Beck II (Beck et al., 1996). Es una escala de autoinforme de 21 ítems que pretende analizar la gravedad de la sintomatología depresiva a partir de los 13 años. En cada uno de sus ítems, el sujeto debe escoger entre cuatro opciones la frase que mejor represente su estado en las últimas dos semanas. Las estimaciones de la confiabilidad implementadas fueron las

siguientes:

- a. Estabilidad y consistencia de los puntajes en el tiempo.
- b. Equivalencia. Consistencia en los puntajes en dos formas equivalentes.
- c. Consistencia interna, cual evalúa de qué forma los ítems de un test se relacionan con el puntaje total (Brown, 1980).

3.5. Procedimiento

La administración de los protocolos se realizó de manera virtual, los mismos fueron compartidos por las redes sociales a personas que jugaban al bingo y a no jugadores residentes en la Capital Federal y en el Conurbano Bonaerense. Al inicio se encontraba un consentimiento informado que explicaba los alcances del estudio, el anonimato, la confidencialidad de las respuestas y los objetivos de la investigación. Para analizar los datos obtenidos, se volcaron las respuestas de los protocolos en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 26.0.

4. Análisis de los resultados

4.1. Descripción de las variables

Tabla 1

Resúmenes estadísticos de las dimensiones de la ludopatía y de la depresión

Variable	N	M	Me	DT	Min.	Max.
Impulsividad cognitiva	136	16,94	17	4,553	6	26
Impulsividad motora	136	22,05	21	8,089	7	37
Impulsividad no planeada	136	17,44	17	5,546	7	31

Depresión	136	16,19	16	10,22	0	46
-----------	-----	-------	----	-------	---	----

4.2. Análisis de la normalidad

Se analizó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2

Normalidad de las variables a estudiar

Variable	Estadístico	gl	P
Impulsividad cognitiva	,086	136	,015
Impulsividad motora	,094	136	,005
Impulsividad no planeada	,054	136	,200
Depresión	,075	136	,056

Como se puede apreciar, las dimensiones Impulsividad no planeada y Depresión poseen una distribución normal, mientras que la Impulsividad cognitiva y motora mostraron una distribución anormal.

4.3. Análisis de la relación entre variables

Los análisis demostraron la existencia de relaciones significativas entre la depresión y las dimensiones de la impulsividad. A su vez, se hallaron relaciones significativas entre la depresión y las dimensiones de la impulsividad y la frecuencia con la que juega y con la que consume alcohol.

Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas entre la edad, la frecuencia con la que consume drogas y la depresión y las dimensiones de la impulsividad.

Tabla 3*Correlación entre la depresión y las dimensiones de la impulsividad*

Variable	Rho	P
Impulsividad cognitiva	,463	,000
Impulsividad motora	,491	,000

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman**Tabla 4***Correlación entre la depresión y la impulsividad no planeada*

Variable	r	P
Impulsividad no planeada	,463	,000

Nota. Coeficiente utilizado: r de Pearson

Los resultados mostraron la presencia de relaciones significativas y positivas entre la depresión y las dimensiones de la impulsividad. Es decir, a mayor nivel de depresión, existe un mayor nivel de impulsividad cognitiva, motora y no planeada.

Tabla 5*Correlación entre la frecuencia con la que juega y las dimensiones de los instrumentos*

Variable	Rho	P
Impulsividad cognitiva	,444	,000
Impulsividad motora	,639	,000
Impulsividad no planeada	,467	,000
Depresión	,517	,000

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre la frecuencia con la que juega y la depresión y las dimensiones de la impulsividad. A mayor frecuencia de

juego, existe un mayor nivel de depresión, impulsividad cognitiva, motora y no planeada.

Tabla 6

Correlación entre la frecuencia con la que consume alcohol y las dimensiones de los instrumentos

Variable	Rho	P
Impulsividad cognitiva	,277	,004
Impulsividad motora	,397	,000
Impulsividad no planeada	,352	,000
Depresión	,369	,000

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron la presencia de relaciones significativas y positivas entre la frecuencia con la que consume alcohol y la depresión y las dimensiones de la impulsividad. A mayor frecuencia de consumo de alcohol, existe un mayor nivel de depresión, impulsividad cognitiva, motora y no planeada.

4.4. Análisis de las diferencias de grupo

Los resultados mostraron la presencia de diferencias estadísticamente significativas según la situación laboral, si realiza alguna actividad que le genere placer y si juega actualmente para las dimensiones de la impulsividad y la depresión. Se encontraron diferencias significativas según si consume alcohol y si jugó al bingo para la impulsividad cognitiva, y de acuerdo con el género para la impulsividad planeada.

No se encontraron diferencias significativas según el estado civil, grupo conviviente, si es el sustento económico de su familia y según si consume drogas, para las dimensiones de la impulsividad y la depresión.

Tabla 12*Diferencias de grupo según el género*

Variable	Media		t	gl	P
	Femenino (n=88)	Masculino (n=48)			
Impulsividad no planeada	16,38	19,37	3,001	88,28	,003

Nota: T de Student

Se encontraron diferencias significativas según el género para la impulsividad planeada. Las personas de género masculino mostraron mayor nivel de esta clase de impulsividad comparadas con las personas de género femenino.

Tabla 13*Diferencias de grupo según la situación laboral (I)*

Variable	Media			F	P
	En relación de dependencia (n= 80)	Cuentapropista (n= 38)	Desocupado (n= 18)		
Impulsividad no planeada	16,22	18,97	19,61	5,035	,008
Depresión	14,95	15,15	23,94	6,434	,002

Nota: ANOVA**Tabla 14***Diferencias de grupo según la situación laboral (II)*

Variable	Rango	H	gl	P
----------	-------	---	----	---

	En relación de dependencia (n= 80)	Cuenta propista (n= 38)	Desocupado (n= 18)			
Impulsividad cognitiva	61,43	76,32	83,44	6,695	2	,035
Impulsividad motora	59,59	78,91	86,14	10,369	2	,006

Nota: H de Kruskall Wallis

Se encontraron diferencias grupales según la situación laboral, para las dimensiones de la impulsividad y la depresión. Los desocupados se mostraron más impulsivos y deprimidos, mientras que los empleados fueron los menos impulsivos y con menor nivel de depresión.

Tabla 15

Diferencias de grupo según si realiza alguna actividad que le genere placer (I)

Variable	Media		t	gl	P
	Sí (n=73)	No (n=63)			
Impulsividad no planeada	16,01	19,09	-3,355	131,74	,001
Depresión	12,98	19,92	-4,108	118,13	,000

Nota: T de Student

Tabla 16

Diferencias de grupo según si realiza alguna actividad que le genere placer (II)

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí (n=73)	No (n=63)			
Impulsividad cognitiva	54,77	84,41	1297	-4,386	,000

Impulsividad motora	59,25	79,22	4325	-2,951	,003
---------------------	-------	-------	------	--------	------

Nota: U de Mann Whitney

Se encontraron diferencias grupales según si realiza alguna actividad que le genere placer, para las dimensiones de la impulsividad y la depresión. Quienes no realizan ninguna actividad se mostraron más impulsivos y deprimidos comparados con quienes sí realizaban alguna actividad.

Tabla 17

Diferencias de grupo según si alguna vez jugó al bingo

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí (n=73)	No (n=63)			
Impulsividad cognitiva	71,59	51,57	852	-2,146	,032

Nota: U de Mann Whitney

Los resultados mostraron la presencia de diferencias significativas según si alguna vez jugó al bingo, para la impulsividad cognitiva. Quienes sí lo hicieron se mostraron más impulsivos que quienes no jugaron.

Tabla 18

Diferencias de grupo según si juega actualmente (I)

Variable	Media		t	gl	P
	Sí (n=54)	No (n=82)			
Impulsividad no planeada	20,96	15,12	6,939	110,63	,000
Depresión	19,79	13,82	3,468	114,288	,001

Nota: T de Student

Tabla 19*Diferencias de grupo según si juega actualmente (II)*

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí (n=54)	No (n=82)			
Impulsividad cognitiva	89,33	54,78	1089	-5,016	,000
Impulsividad motora	97,76	49,23	634	-7,033	,000

Nota: U de Mann Whitney

Se encontraron diferencias significativas de acuerdo a si juega actualmente, para las dimensiones de la impulsividad y la depresión. Quienes sí juegan se mostraron más impulsivos y deprimidos comparados con quienes no juegan.

Tabla 20*Diferencias de grupo según si consume alcohol*

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí (n=107)	No (n=29)			
Impulsividad cognitiva	73,07	51,64	1062,5	-2,604	,009

Nota: U de Mann Whitney

Se hallaron diferencias de grupo según si consume alcohol, para la impulsividad cognitiva. Quienes sí consumen alcohol se mostraron más impulsivos que quienes no consumen dicha sustancia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la depresión y la impulsividad que presentan los sujetos adultos, comparando a los individuos que juegan al bingo regularmente y en quienes no juegan. Los resultados mostraron la presencia de relaciones significativas y positivas entre la depresión y las dimensiones de la impulsividad. Es decir, a mayor nivel de depresión, existe un mayor nivel de impulsividad cognitiva, motora y no planeada.

Como ya se mencionó, la impulsividad es la propensión a la acción sin toma de conciencia, siendo una conducta sin premeditación de las consecuencias. Existen hechos rápidos, en los que prevalece la urgencia de un refuerzo inmediato (Moeller et al., 2001). Caso contrario, la depresión es el conjunto de inhibiciones psíquicas, el enlentecimiento de los procesos psíquicos, lo que reduce la conciencia y los intereses, volviendo al sujeto sobre sí mismo (Ey, 1980).

Por otra parte, se encontraron diferencias significativas de acuerdo a si juega actualmente, para las dimensiones de la impulsividad y la depresión. Quienes sí juegan se mostraron más impulsivos y deprimidos comparados con quienes no juegan. Estos datos permiten confirmar la hipótesis uno, que los sujetos que juegan regularmente al bingo mostrarán mayores niveles de impulsividad y de depresión en comparación con los adultos que no juegan.

Estos hallazgos se podrían explicar en la medida que la búsqueda de sensaciones y la necesidad de vivenciar nuevos sucesos hace que exista motivación para vivenciar riesgos físicos y sociales. Además, la conducta impulsiva y la búsqueda de sensación tienen lugar en un ambiente de adicción (Sola Gutiérrez, et al., 2013).

Cabe destacar que existe la presencia de otras variables que pueden repercutir en los niveles de depresión e impulsividad, como la frecuencia de juego, la frecuencia con la que consume alcohol, el pertenecer al género masculino, encontrarse desocupado y no

realizar ninguna actividad placentera fueron factores que repercutieron en los constructos analizados.

Entre los resultados mencionados, se puede señalar que las personas de género masculino mostraron un mayor nivel de impulsividad no planeada comparadas con las personas de género femenino. De esta manera, se puede indicar que la hipótesis dos, que las personas de género femenino mostrarán mayores niveles de impulsividad comparadas con los individuos de género masculino, se refuta.

Como señalan Barratt et al. (1999), la impulsividad no planeada, o por imprevisión, es el procesamiento veloz de la información que lleva a decidir sin planear y tendiendo hacia el presente. De manera general, se suele asociar a los hombres con conductas de esta clase, sin detenerse a pensar en las consecuencias que las mismas podrían acarrear.

Como fortaleza de este estudio, se indagó en un fenómeno que hoy en día se encuentra en auge, como lo es el juego, propiciado por las nuevas tecnologías y por la existencia de bingos en todas las localidades de la provincia de Buenos Aires.

Como limitación, no se indagó con tanta profundidad la presencia de juego patológico, sin embargo, esta cuestión puede surgir como tema de investigación para trabajos posteriores.

Se deja la puerta abierta para que futuros estudios analicen con mayor profundidad en los aportes que las variables sociodemográficas puedan ejercer sobre la existencia de un juego patológico. Se espera que se pueda analizar si además del bingo existen otros juegos que puedan encontrarse afectados por los niveles de impulsividad del sujeto, o si este puede servir como una escapatoria para los efectos de la depresión de los sujetos que la padecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, R. y Rojas, G. (2011). Evaluation of the program for detection and treatment of depression in Chilean primary health care centers. *Revista Médica de Chile*, *139*(5), 592-599.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5° ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, A. & Russell, A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*, 65-94. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.65.
- Barratt, E. S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological Reports*, *16*(2), 547–554. <https://doi.org/10.2466/pr0.1965.16.2.547>
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Dowdy, L., Liebman, M. J., & Kent, T. A. (1999). Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry Research*, *86*, 163-173. doi: 10.1016/s0165-1781(99)00024-4.
- Barroso Benítez, C., (2003). *Las bases sociales de la ludopatía* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/635>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19° ed.). Editorial Descleé de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, *67*, 588-597.

- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142, 1297-1305. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Brown, A. L. (1980). Metacognitive development and reading. En R. J. Spiro, B. Bruce, & W. F. Brener (Eds.), *Theoretical issues in reading comprehension*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Caillois, R. (1986). *Los juegos y los hombres. La máscara y el vértigo*. Fondo de Cultura económica.
- Carranza Esteban, R. F. (2012). Depresión y características demográficas asociados en estudiantes y líderes universitarios de Lima Metropolitana. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 2, 79-90
- Carranza, R. (2009). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (BDI-II) para universitarios de Lima Metropolitana* [Tesis de grado, Universidad Peruana Unión].
- Carrasco, J. B. y Caldedero Hernández, J. F. (2000). *Aprendo a investigar en educación*. Rialp.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw Hill Interamericana.
- Cuevas Aguirre, E. y Hernández Pozo, M (2008), Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 293-311.
- De la Rosa Ramos, F. V. (2019). *Identificación de la impulsividad como factor de riesgo del consumo de sustancias sujetas a fiscalización, en personas privadas de*

libertad del Centro de Rehabilitación Social Sierra-Centro (Latacunga) mediante la Escala Barratt en el año 2019 [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito]. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/18148/1/UPS-QT14301.pdf>

Dhar, A. K. & Barton, D. A. (2016). Depression and the Link with Cardiovascular Disease. *Front Psychiatry*, 7(33). DOI: 10.3389/fpsy.2016.00033

Domínguez Álvarez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 3-20

Ey, H. (1980). *Tratado de psiquiatría* (8° ed.). Toray-Masson.

futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(5), 7-16

Gallego Cózar, C. (2015). *Técnicas eficaces para el manejo de la impulsividad* [Tesis de grado, Universidad de Cádiz]. <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/24769/T%C3%A9cnicas%20eficaces%20para%20el%20manejo%20de%20la%20impulsividad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Giacomantone, E. G. (2019). La depresión: un desafío en la práctica médica general. *Revista del Hospital Italiano*, 39(4), 128-134

Global Burden of Disease Study (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(9995), 743-800.

Guerrero Apolo, J. D. (2018). *La impulsividad en adultos sanos: rasgos antropométricos y exploración estructural de la corteza cerebral* [Tesis de grado, Universidad

Autónoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/664013/jdga1de1.pdf;jsessionid=F486EDDA3CFD20D69F43205742DE8998?sequence=1>

- Hillhouse, T. M. & Porter, J. H. (2015). A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 1-21.
- Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
- León Tarazona, C. N. (2021). La depresión en tiempos de COVID-19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables. *Educa-UMCH*, 0(17), 130-137. <https://doi.org/10.35756/educaumch.202117.152>
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-9. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
- Marín, I. y Hierro, E. (2013). *Gamificación. El poder del juego en la gestión empresarial y en la conexión con los clientes*. Urano.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190, 521-8. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025841
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11),

1783-1793. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783.

Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry, 15*(3), 147–155.

Ortega, I. S., Donatti, S., Cremades, C., y Garay, C. J. (2022). Ansiedad y Depresión en Pacientes con Trastornos Gastrointestinales Funcionales de Argentina. *Revista de Psicología de la Salud, 10*(1), 70-79. <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.814>

Patton, J. M., Stanford, M. S. & Barratt, E.S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 768-774.
DOI: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1

Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica, 28*, 89-115

Pueyo, A. A. (2003). *Evaluación de la impulsividad y riesgo en el uso de armas de fuego en policías y fuerzas de seguridad*. <http://www.raco.cat/index.php/RCSP/article/view/130953/180719>

Ramos Brieva, J. A. (2006). Ludopatía: el otro lado del juego. *Índice: Revista de Estadística y Sociedad, 19*, 9-11

Real Academia Española (2020). Diccionario de la lengua española.
<https://dle.rae.es/juego?m=form>

- Riaño-Hernández, D., Guillen Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en adolescentes: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1077-1090. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.ceia>
- Rivadeneira, C., Dahab, J., y Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 22, 1-6
- Rueda, F. J. M., Pinto, L. P., y Ávila-Batista, A. C. (2016). Impulsividad y facetas de la personalidad: relación entre instrumentos de medida. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 7-16.
- Ruiz Gutiérrez, M. (2017). *El juego: Una herramienta importante para el desarrollo integral del niño en Educación Infantil* [Tesis de grado, Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11780/RuizGutierrezMarta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez-Sarmiento, P., Giraldo-Huertas, J. J., y Quiroz-Padilla, M. F. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 241-251.
- Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- Schiller, F. (1990). *Kallias; Cartas sobre la educación estética del hombre* (Vol. 8). Anthropos Editorial.
- Senado Argentina (2019). Se aprobó por unanimidad el proyecto de prevención de la

ANEXOS

Solicitud de consentimiento informado

Al firmar este consentimiento, acepto participar de manera voluntaria para que se me administren técnicas de evaluación psicológica, como parte del proceso de investigación para colaborar con el estudiante aspirante a la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana.

Dejo constancia de haber comprendido que la información obtenida será utilizada en una actividad práctica para la formación de los alumnos aspirantes a dicha licenciatura, y acepto que no se realizará de los datos obtenidos en esta práctica. Fui informado que se garantiza la confidencialidad de los datos y mi anonimato. Mediante la firma del presente consentimiento, presto plena conformidad para la realización de dicha actividad.

Firma:

Aclaración:

Lugar y fecha:

Datos sociodemográficos:

1. Edad ____ años.
2. Lugar de residencia: _____
3. Género:
 - Masculino
 - Femenino
 - No binario
4. Estado civil actual:
 - Soltero
 - En pareja
 - Separado
5. ¿Grupo conviviente?
 - Solo
 - En pareja
 - Con familia (Padre, madre)
 - Con hijos
 - En pareja con hijos
 - Otros
6. Máximo nivel de educación alcanzado:
 - Primario
 - Secundario
 - Universitario
7. ¿Situación laboral actual?
 - En relación de dependencia
 - Cuentapropista
 - Desocupado
8. ¿Es el sustento económico de su familia?
 - Si
 - No
9. ¿Realiza alguna actividad en su tiempo libre que le genere bienestar?
 - Si
 - No
10. En caso de que su respuesta sea positiva, ¿Qué tipo de actividad realiza?
11. ¿Alguna vez jugó al bingo?
 - Si
 - No
12. ¿Juega actualmente en el bingo?
 - Si
 - No
13. ¿Con qué frecuencia juega?
 - De vez en cuando
 - Una vez al mes
 - Todas las semanas
 - Todos los días
14. ¿Consume algún tipo de droga?
 - Si
 - No
15. En caso de que su respuesta anterior sea afirmativa ¿Con qué frecuencia?
 - De vez en cuando
 - Una vez al mes
 - Todas las semanas
 - Todos los días

16. ¿Consumes alcohol?

SI
No

17. En caso de que su respuesta anterior sea afirmativa ¿Con qué frecuencia?

De vez en cuando
Una vez al mes
Todas las semanas
Todos los días

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

P.1.) Este es un cuestionario en el que hay grupos de enunciados. Lea todo el grupo de enunciados de cada categoría. Elija después, de cada grupo, el enunciado que mejor describa su estado de ánimo hoy, es decir, en este momento. Marque con una "X" en el casillero que está junto al enunciado elegido. Debe marcar una sola opción por cada categoría. Asegúrese que ha leído todos los enunciados antes de elegir.

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

H	
He perdido todo interés en los demás y no me importa nada.	
He perdido la mayor parte de mi interés en los demás y me importa poco de ellos.	
Estoy menos interesado que antes en los demás.	
No he perdido interés en los demás.	
I	
No puedo tomar decisiones en absoluto.	
Tengo dificultad para tomar decisiones.	
Trato de postergar la toma de decisiones.	
Tomo decisiones tan bien como antes.	
J	
Me parece que soy horrible o de apariencia repulsiva.	
Creo que se han producido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.	
Me preocupa el envejecer o tener un aspecto poco atractivo.	
No creo que tenga peor aspecto que antes.	
K	
No puedo trabajar en absoluto.	
Tengo que forzarme mucho para hacer algo.	
Me exige un esfuerzo extra el comenzar a hacer algo.	
Puedo trabajar tan bien como antes.	
L	
Me siento demasiado fatigado para hacer algo.	
Me canso al hacer cualquier cosa.	
Me canso más fácilmente que antes.	
No me canso más que antes.	
M	
No tengo nada absolutamente de apetito.	
Mi apetito ha disminuido mucho.	
No tengo apetito como antes.	
Mi apetito no ha disminuido.	
N	
Siento que merezco ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.	
Siento que algo puede sucederme.	
No me siento castigado.	
O	
Me culpo por todo lo malo que pasa.	
Me culpo por mis faltas.	
Me critico por mi debilidad o mis errores.	
No estoy decepcionado conmigo mismo.	
P	
Antes lloraba. Ahora no puedo aunque quisiera.	
Lloro todo el tiempo.	
Lloro más que antes.	
No suelo llorar más de lo normal.	
Q	
No me irrito por las cosas que solía irritarme antes.	
Me siento irritado todo el tiempo.	
Me irrito o me enojo más fácilmente de lo que solía hacerlo.	
No estoy más irritado ahora de lo que puedo estar.	
R	
Me levanto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.	
Me levanto 1 o 2 horas más temprano que antes y me cuesta volver a dormir.	
Me levanto por la mañana más cansado que habitualmente.	

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

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS - 11)

Instrucciones. Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado	0	1	3	4
2. Hago las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	0	1	3	4
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	0	1	3	4
5. Planifico mis viajes con antelación	0	1	3	4
6. Soy una persona con autocontrol	0	1	3	4

7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	0	1	3	4
8. Ahorro con regularidad	0	1	3	4
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	0	1	3	4
10. Pienso las cosas cuidadosamente	0	1	3	4
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	0	1	3	4
12. Digo las cosas sin pensarlas	0	1	3	4
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados	0	1	3	4
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	0	1	3	4
15. Actúo impulsivamente	0	1	3	4
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	0	1	3	4
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	0	1	3	4
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	0	1	3	4
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	0	1	3	4
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	0	1	3	4
21. Compro cosas impulsivamente	0	1	3	4
22. Termino lo que empiezo	0	1	3	4
23. Camino y me muevo con rapidez	0	1	3	4
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	0	1	3	4
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	0	1	3	4
26. Hablo rápido	0	1	3	4
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy	0	1	3	4

pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro	0	1	3	4
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	0	1	3	4
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	0	1	3	4

Muchas gracias por su colaboración