

## **ESQUEMAS COGNITIVOS PRESENTES EN POSIBLES JUGADORES PATOLÓGICOS**

CELIBETH DEL CARMEN GUARÍN CÁRDENAS\*, ANA MERCEDES GUIRNALDOS LEÓN\*\*, MARÍA DE LOS ANGELES  
ULLOA ALVARADO\*\*\*, JESÚS MANUEL GUERRERO ALCEDO\*\*\*\*, ADRIANA ISABEL LUCENA TORRELLAS\*\*\*\*\*  
UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL LISANDRO ALVARADO, VENEZUELA

*Recibido: 28 de marzo de 2014*

*Aprobado: 1 de junio de 2014*

Para citar este artículo:

Guarín, C., GuirnalDOS, A., Ulloa, M., Guerrero, J., & Lucena, A. (2014). Esquemas cognitivos presentes en posibles jugadores patológicos. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 7(1), 15-23.

### **Resumen**

En este artículo se describen los resultados del estudio de los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos en 49 posibles jugadores patológicos y 49 personas sin riesgo. Los datos fueron obtenidos mediante el test Young Schema Questionnaire Long Form- Second Edition, de Young y Browm en 1909, validado en la población colombiana. Los resultados confirman que los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos de la muestra clínica, difieren significativamente de la muestra no clínica, solo en los esquemas de autocontrol insuficiente, desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad. Se describen los esquemas característicos de los jugadores con tendencia a ludopatía y de la muestra no clínica y se comparan los resultados con estudios previos relacionados. Palabras clave: esquemas cognitivos, jugadores patológicos, ludopatía.

## **COGNITIVE DYSFUNCTIONAL SCHEMES IN EARLY PATHOLOGICAL PLAYERS**

### **Abstract**

This article describes the result of a study about early dysfunctional cognitive schemas in pathological gamblers, in a sample of 49 pathological gamblers and 49 persons without gambling. The data was obtained using the Young Schema Questionnaire Long Test Form-Second Edition, of Young and Browm in 1990 validated in a Colombian population. The results indicated that, gamblers in relation to early dysfunctional cognitive schemas differ significantly from the non-clinical sample, only in schemes of insufficient self-control, mistrust / abuse and law / grandiosity. The characteristic patterns of pathological gamblers and non-clinical sample are described and compared with the results of previous studies related.

Key words: cognitive schemas, pathological gamblers, gambling disorder.

---

\* Estudiante de pregrado de Psicología. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto- Venezuela. Email: celipisguarin@gmail.com

\*\* Estudiante de pregrado de Psicología. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto- Venezuela. Email: anamercedes9@gmail.com

\*\*\* Estudiante de pregrado de Psicología. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto- Venezuela. Email: maria\_de30@hotmail.com

\*\*\*\* Docente del Programa de Psicología. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto- Venezuela. Email: jesusguerrero.psi@gmail.com

\*\*\*\*\* Jefe del Departamento de Metodología e Investigación. Programa de Psicología. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto- Venezuela. Email: aeignacio@hotmail.com

## Introducción

El ser humano en su interés por lo desconocido y aquello que no es totalmente predecible, se ha interesado por los juegos de azar, donde el resultado no depende del apego a las normas sino de la suerte con que la persona cuente en ese momento. También se considera que más allá de ver esta clase de juegos como actividades para pasar momentos agradables entre amigos y compañeros, se transforman en necesidades donde los límites de satisfacer esa demanda por la búsqueda del premio, resultan sumamente difusos y la persona puede permanecer por largos periodos de tiempo jugando (Brieva, 2006).

Hoy en día, dicha conducta se refuerza gracias a la expansión de oportunidades para practicar juegos de azar mediante los sitios web de internet y las máquinas de apuestas. Este entretenimiento se ha convertido en una problemática a la cual la sociedad no es ajena. Actualmente existe un índice de prevalencia del juego patológico que va entre el 0,5% al 7,6% en la población de adultos a nivel internacional (Castrén, et al., 2013).

Según Echeburúa (1992) existen dos tipos de jugadores: los jugadores sociales, que se caracterizan por jugar de manera ocasional, por entretenimiento, distracción e interacción social, por no depender de la cantidad de dinero ganado o perdido y por ser capaces de interrumpir el juego cuando lo consideran necesario. Estas características son diferentes en los jugadores patológicos, quienes juegan durante largos períodos de tiempo y de forma descontrolada, gastando grandes cantidades de dinero, superiores a la disponible y con un fracaso en cuanto a resistir el impulso de jugar.

Estos patrones de conducta corresponden a lo que Kuten (2006) ha definido como ludopatía y hace referencia a:

Un comportamiento repetido y persistente de juego por dinero que expone a consecuencias negativas en el plano social, profesional e individual. Las consecuencias refuerzan el comportamiento de juego: el jugador patológico juega para pagar sus deudas y la importancia del riesgo aumenta la fiebre de jugar. El jugador expone su equilibrio económico, su familia, su empleo y en situaciones extremas, cae en la delincuencia (falsificaciones, estafas) (p. 144).

Por su parte, la American Psychiatric Association en el DSM-V (2013) incluye dentro de los trastornos no

relacionados con sustancias, al juego patológico considerando como un trastorno adictivo, dado que se ha comprobado por múltiples estudios que la conducta de juego activa sistemas de recompensa similares a los implicados por el consumo de drogas. Asimismo, Chóliz (2006) explica que, al momento de iniciar la conducta de juego, esta se ejecuta para conseguir el objetivo deseado. De la misma manera, existe un control mediante claves externas e internas en el sentido en que una vez realizada la conducta y repitiéndose en circunstancias parecidas los estímulos tales como la iluminación en los casinos, el sonido de la máquina de juego y el número de veces que se gana una partida, terminan creando en la persona un aprendizaje por asociación, convirtiéndose en estímulos condicionados y discriminativos.

Otro rasgo característico en la dependencia con y sin sustancias, es la tolerancia y la abstinencia; en lo relacionado a la tolerancia, la repetición consecutiva de la conducta adictiva origina la necesidad en la persona de jugar con mayor frecuencia o de manera más intensa para poder obtener la misma sensación placentera de gratificación, obtenida en los primeros momentos. De la misma manera, cuando la persona se priva de ejecutar la conducta adictiva (jugar patológicamente) experimenta reacciones fisiológicas y experiencias emocionales desagradables, tales como irritabilidad, inquietud, depresión y dificultades de concentración, que son síntomas generados por la abstinencia (Chóliz, 2006).

Por otro lado, desde la perspectiva social Black, Shak, McCormick y Allen (2012) en un estudio realizado a 95 personas con ludopatía concluyeron que estas personas están generalmente divorciadas, tienden a vivir solas y tienen mayor probabilidad de haber sufrido maltrato infantil o de haber crecido en una familia disfuncional en comparación con personas sin esta patología.

En el ámbito psicológico de esta adicción, Castaño et al. (2011) plantean que los jugadores patológicos presentan falsas ilusiones de control sobre el juego, debido a que sus expectativas en función a la suerte no son realistas y tienden a minimizar sus fracasos. Además, Knapp y Beck (2008) proponen que estas personas presentan una serie de estructuras cognitivas internas, relativamente estables, que almacenan un conjunto de ideas, sentimientos y experiencias. Para el abordaje psicoterapéutico de pacientes patológicos surge, según Rodríguez (2009), la teoría de los esquemas de Jeffrey Young, basada en el punto de vista cog-

nitivo propuesto por Beck. Young toma el constructo cognición y plantea la existencia de esquemas cognitivos desadaptativos que se forman en la infancia de la persona, los cuales denominó esquemas cognitivos disfuncionales tempranos.

Castrillón et al. (2005) explican que los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos, son creencias y conocimientos estables y duraderos, que aparecen en la niñez y se van confeccionando en función del desarrollo de la persona, resultando significativamente disfuncionales y operando como patrones de referencia para el individuo, en el procesamiento de las experiencias que surjan a lo largo de su vida. Exponen que Young y Brown en 1994, crearon un sistema de clasificación de cinco dominios que agrupan 18 esquemas cognitivos maladaptativos tempranos y creó un cuestionario denominado Young Schema Questionnaire para evaluarlos. La primera versión fue identificada con quince esquemas de 123 ítems, la cual sufrió una serie de cambios a lo largo del tiempo.

Los citados autores, validaron el cuestionario de Young en la población colombiana mencionando los principales esquemas disfuncionales tempranos. Estos son: (a) abandono, se refiere a la creencia según la cual las personas que resultan importantes para el sujeto, terminan dejándolo o abandonándolo; (b) desconfianza/abuso, la persona espera que los demás la lastimen o se aprovechen de ella; (c) privación emocional, el individuo cree que no logrará sus necesidades de apoyo emocional, sobre todo, aquellas que se relacionan con la alimentación, la empatía y la protección; (d) vulnerabilidad, la persona espera tener experiencias negativas que no podrá controlar, sean crisis médicas, emocionales o naturales; (e) entrapamiento, se relaciona con la implicación excesiva y la cercanía emocional, que impiden que el sujeto se desarrolle de forma independiente tanto social como individualmente con respecto a las demás personas; (f) derecho, donde la persona se cree superior a los demás, incluso puede llegar a considerarse un sujeto con privilegios especiales que no necesita regirse a través de reglas de reciprocidad; (g) autocontrol insuficiente, en donde el sujeto evita estar inmerso en situaciones que le generen conflicto, dolor, confrontación, responsabilidad o un gran esfuerzo; (h) autosacrificio, son personas que descuidan sus propias necesidades para satisfacer a los otros; (i) inhibición emocional, donde el individuo inhibe excesivamente sus sentimientos y acciones para impedir el rechazo de los demás; (j) estándares inflexibles 1, que implica las consecuencias subsecuentes de

las personas autoexigentes; y (k) estándares inflexibles 2, la persona se caracteriza por una actitud hipercrítica y perfeccionista para sí misma.

Sin embargo, a pesar de las investigaciones realizadas (Estévez & Calvete, 2007; Tobón, Cano, & Londoño, 2010; Labrador, Fernández, Luengo, & Mañoso, 2002; Joukhador, Blaczczyński, & Maccallum, 2004) sobre los mencionados esquemas disfuncionales tempranos, no existe suficiente evidencia empírica que permita conocer si los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos son anteriores a la ludopatía o si surgen a medida que la persona se implica en el juego.

En el estudio de Estévez y Calvete (2007) se evaluó, si las personas con ludopatía presentaban esquemas cognitivos disfuncionales tempranos, en una muestra de 167 jugadores patológicos y 167 personas sin ludopatía, mediante la aplicación del Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks y el Cuestionario de Esquemas –Forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF). Los resultados reportaron diferencias significativas, las personas con esta adicción, puntuaron más alto, en los esquemas de abandono, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección, dependencia, subyugación, inhibición emocional, vulnerabilidad al peligro y en los esquemas de aislamiento social, apego y fracaso.

Cabe destacar, que estos resultados, no reflejan diferencias significativas entre las personas con ludopatía y las personas sin ludopatía en relación al autocontrol insuficiente. En contraste, Reuter, et al. (2005) en su investigación, cuya muestra estuvo conformada por 12 jugadores patológicos y 12 personas con capacidad para controlar los impulsos, realizaron una evaluación a través de resonancias magnéticas e hicieron preguntas de estimación de conocimientos sobre el juego, para activar el área ventral estriada. Sus resultados arrojaron una notable disminución de la actividad de la corteza prefrontal ventromedial en el grupo con ludopatía, que se encuentra íntimamente relacionada con el control de impulsos.

Por otro lado, Tobón, Cano y Londoño (2010) realizaron un estudio para determinar la existencia del perfil cognitivo en jugadores patológicos en comparación con los jugadores sociales, en una muestra de 16 jugadores patológicos y 16 sujetos sin la patología. Utilizaron el Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos YSQ-L2 validado por Castrillón et al. (2005). Sus resultados arrojaron una diferencia significativa en los esquemas desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad en comparación al grupo sin ludopatía.

Por su parte, Labrador et al. (2002) realizaron un estudio para determinar si los cambios cognitivos eran un factor importante para la consecución de la abstinencia al juego de azar en una muestra de 80 hombres y 8 mujeres con ludopatía. Evaluaron las distorsiones cognitivas referidas al azar por medio del método de Ladouceur. Los resultados arrojaron que los cambios cognitivos no son suficientes para lograr abstinencia en la ludopatía, incluso, cuestionan que las distorsiones cognitivas presentes en los esquemas cognitivos sean el factor determinante de la conducta ludópata. Además, según estos autores, son escasos los estudios que se han interesado en analizar la relación de las distorsiones cognitivas como parte de los esquemas cognitivos en personas con ludopatía.

Asimismo, Muñoz (2008) plantea que a partir de diversas investigaciones sobre el tema:

La ludopatía constituye una problemática que merece la atención desde la óptica de la salud pública. Los estudios de prevalencia reflejan el consenso sobre el problema desde dicha perspectiva. La ausencia de estudios al respecto, particularmente en la región Latinoamericana, constituye un reto y una oportunidad. Determinar la prevalencia de un problema en la población es esencial para el desarrollo de un plan de atención eficiente (p.155).

En el mismo orden de ideas, Castaño et al. (2011) plantean que el riesgo de juego patológico se acrecienta, de modo que indican que es necesario tomar medidas de salud pública para poder atender el problema. Asimismo, destacan que “pocas mediciones existen en Colombia y en los países suramericanos y esta carencia lleva consigo falta de política y prioridad pública” (p. 22).

Es así como, de las contradicciones y de la falta de apoyo empírico, encontradas en la revisión bibliográfica hecha para la presente investigación, surge el siguiente interrogante ¿Existen esquemas cognitivos característicos en los posibles jugadores patológicos? Para responder la misma, se pretende evaluar los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos en los posibles jugadores patológicos y en una muestra no clínica.

## Método

### Participantes

El grupo de posibles jugadores patológicos estuvo integrado por 49 personas con una edad comprendida entre 19 y 68 años, algunos pertenecientes a la

Institución Jugadores Anónimos de Venezuela y otros localizados en Centros de Apuestas ubicados en la ciudad de Barquisimeto, Cabudare y Barinas en Venezuela. Los mismos obtuvieron una puntuación mayor o igual a 4, en el Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS) mientras que el grupo con el cual se estableció el contraste estuvo conformado por 49 personas no jugadores sin riesgo a padecer el trastorno, que puntuaron por debajo a 4 en la escala de South Oaks (SOGS) ubicados en distintas comunidades de la ciudad Barquisimeto, Cabudare y Barinas en Venezuela.

### Instrumentos

#### Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS).

Validado para la población española por Echeburúa, Báez, Fernández- y Páez (1994) El cuestionario está compuesto por 20 ítems, los cuales en su mayoría presentan una escala dicotómica de respuesta (si/no), basados en los criterios diagnósticos de juego patológico del DSM-III-R, que sirve para evaluar la posible dependencia al juego. Es importante destacar, que los ítems 1, 2, 3, 12 y 16 no se puntúan y el punto de corte es el número 4.

La validación que realizaron Echeburúa y Corral. (1994) al Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS), se hizo a partir de un análisis factorial confirmatorio y un análisis definitivo compuesto por 2 factores: dependencia al juego y endeudamiento. La consistencia interna de la prueba total y de cada uno de los factores fue analizada a partir del alfa de Cronbach, en donde la prueba total alcanzó un nivel de 0,94.

#### El Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2).

Desarrollado por Young y Brown en 1994 y validado en la población colombiana por Castrillón et al. (2005). El cuestionario consta de 45 ítems que evalúan once esquemas disfuncionales tempranos (factores) 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.

La validación que realizaron Castrillón et al. (2005) a este cuestionario, se efectuó en 1.419 estudiantes universitarios escogidos de forma aleatoria, 557 hom-

bres y 862 mujeres, con un rango de edad entre 16 y 51 años.

Dichos investigadores, realizaron varios análisis factoriales confirmatorios, dando como resultado, el análisis factorial definitivo compuesto por once factores de los dieciséis propuestos por Young en 1999. Ocho de esos factores corresponden con los esquemas propuestos por el mencionado investigador, tales como: abandono, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad, entrapamiento, autocontrol insuficiente, autosacrificio e inhibición emocional; mientras que el esquema de estándares inflexibles fue dividido en dos factores: estándares inflexibles 1 y estándares inflexibles 2 e igualmente surgió un nuevo esquema denominado, derecho. La consistencia interna de la prueba total y de cada uno de los factores fue analizada a partir del alfa de Cronbach, en donde la prueba total alcanzó un nivel de 0,91.

### Procedimiento

Se solicitó a una universidad, el permiso para la aplicación de los instrumentos. Luego se acudió a la Institución Jugadores Anónimos de Venezuela con el fin de solicitar permiso y llevar el consentimiento informado, una vez obtenido el permiso, dos días después se procedió aplicar los instrumentos a los jugadores, posteriormente se acudió a los diferentes Centros de Apuestas de la ciudad de Barquisimeto, Cabudare y Barinas donde se expuso el consentimiento informado a los participantes e inmediatamente se les aplicó los instrumentos SOGS y YSQ-L2.

Con respecto a la muestra no clínica, una vez obtenidos los datos sociodemográficos de la muestra clínica se procedió a contactar a personas de diversas comunidades de la ciudad de Barquisimeto, Cabudare y Barinas que cumplieran con las mismas características sociodemográficas de las personas con tendencia a ludopatía, y luego se expuso el consentimiento informado a cada persona e inmediatamente se aplicó el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) donde al puntuar por debajo de 4 eran seleccionados como parte de la muestra no clínica y se les aplicaba el Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2).

Asimismo, a cada participante de ambas muestras se le expresó como parte del consentimiento informado que su colaboración sería voluntaria, confidencial y anónima, sin ninguna posibilidad de daño moral hacia ellos, siguiendo en todo momento lo establecido por

la Código de Ética del Profesional del Psicólogo de Venezuela (Federación de Psicólogos de Venezuela, 1981).

Una vez entregado el instrumento por cada participante, se procedió a revisar. Si estaba incompleto, se solicitaba al participante terminarlo. Todos los instrumentos fueron guardados en un sobre manila sin identificación. Seguidamente, se vaciaron los datos en el paquete estadístico (SPSS) versión 21.00, para luego proceder a realizar los análisis estadísticos correspondientes.

### Resultados

Con el propósito de evaluar los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos en posibles jugadores patológicos y en una muestra no clínica, primeramente se realizó el análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos, a fin de resumir y describir las características importantes del conjunto de mediciones (tabla 1). Se analizaron la media aritmética, la desviación estándar y el valor máximo y mínimo en ambos grupos para las variables sexo, edad y estado civil.

Los resultados indican para la variable sexo, que tanto en el grupo de posibles jugadores patológicos como en la muestra no clínica, el 36,7% ( $n = 18$ ) corresponde a las mujeres y el 63,3% ( $n = 31$ ) a los hombres. Asimismo, para la variable estado civil, tanto en el grupo de posibles jugadores patológicos como en la muestra no clínica, el 44,9 % ( $n = 22$ ) equivale a solteros, el 28,6% ( $n = 14$ ) a casados, el 18,4% ( $n = 9$ ) a concubinos, el 2% ( $n = 1$ ) a viudos y el 6,1% ( $n=3$ ) a divorciados. Con respecto a la edad, tanto en el grupo de posibles jugadores patológicos como en la muestra no clínica, estuvo comprendida por un mínimo de 19 años y un máximo de 68 años.

En segundo lugar, se procedió a analizar los resultados del Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2), mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, debido a que los datos no se distribuyeron de forma normal, ni se cumplió el supuesto de homogeneidad para las pruebas paramétricas.

De acuerdo a los resultados se obtuvieron diferencias significativas en los posibles jugadores patológico en contraste con la muestra no clínica para los factores: auto-control insuficiente ( $u = 914,00$ ), nivel de significancia  $p = 0,04$ , desconfianza/abuso ( $u = 915,50$ ), nivel de significancia  $p = 0,04$  y derecho/grandiosidad ( $u = 869,50$ ), nivel de significancia  $p = 0,01$ , con un nivel de confianza del 95% (tabla 2).

**Tabla 1**

Estadística comparativa entre personas con ludopatía y la muestra no clínica, según el Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ-L2.)

Esquema	Muestra de posibles jugadores patológicos					Muestra no clínica				
	N	Min	Max	Media	Desv. tip	N	Min	Max	Media	Desv. Tip
Abandono	49	1	99	55,94	29,82	49	1	93	50,73	28,16
Insuficiente Auto-control	49	1	100	69,39	30,09	49	1	100	56,88	33,17
Desconfianza Abuso	49	1	99	74,92	22,29	49	1	98	60,98	32,18
Deprivación Emocional	49	1	99	62,51	29,19	49	1	99	59,10	30,19
Vulnerabilidad al Daño	49	1	100	73,53	31,82	49	1	99	66,22	32,36
Autosacrificio	49	1	99	65,71	29,38	49	1	99	65,71	26,11
Estándares Inflexibles 1	49	1	100	68,08	29,77	49	1	99	63,47	29,52
Estándares Inflexibles 2	49	1	98	60,41	34,56	49	1	98	59,51	32,35
Inhibición emocional	49	1	100	69,41	29,11	49	1	99	68,00	28,49
Derecho Grandiosidad	49	1	100	80,59	22,35	49	1	100	67,45	29,13
Entrampamiento	49	1	98	51,35	41,17	49	1	98	45,10	35,83
Edad	49	19	68	40,20	12,13	49	19	68	40,20	12,13

En contraste, no se obtuvieron diferencias significativas en los posibles jugadores patológicos tomando en cuenta la muestra no clínica para los factores: abandono, deprivación emocional, vulnerabilidad al daño, autosacrificio, inhibición emocional, entrampamiento y estándares inflexibles 1 y 2. Por lo que en este sentido ambos grupos se caracterizaron por tener la creencia de que las personas importantes en su vida pueden abandonarlos y que estas no satisfacen sus ne-

cesidades de apoyo emocional. Además, consideran ser sujetos que están expuestos a experiencias negativas que no pueden controlar y descuidan sus propias necesidades para satisfacer a los demás. En el mismo sentido, inhiben sus sentimientos para evitar ser rechazados, presentando una actitud autoexigente, hipercrítica y perfeccionista para sí mismos.

Finalmente, se logró comprobar la hipótesis planteada en la investigación, los posibles jugadores pa-

**Tabla 2**

Prueba U de Mann Whitney entre personas con ludopatía y la muestra no clínica, según el Young Schema Questionnaire Long Form – Second Edition (YSQ-L2.)

Esquemas	U de Mann Whitney	p
Abandono	1053,00	,353
Insuficiente Autocontrol	914,00	,041*
Desconfianza Abuso	915,50	,042*
Deprivación Emocional	1121,50	,573
Vulnerabilidad al Daño	961,00	,088
Autosacrificio	1166,00	,806
Estándares Inflexibles 1	1074,55	,369
Estándares Inflexibles 2	1155,00	,745
Inhibición emocional	1171,00	,833
Derecho Grandiosidad	869,50	,018*
Entrampamiento	1053,00	,284

\* Nivel de  $p < .05$

tológicos en relación a los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos difieren significativamente de la muestra no clínica, sin embargo, estas diferencias se encontraron en los esquemas de autocontrol insuficiente, desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad.

### Discusión

El punto de partida de este estudio fue evaluar los esquemas cognitivos disfuncionales tempranos en posibles jugadores patológicos y en una muestra no clínica, con la finalidad de identificar los esquemas cognitivos característicos de los jugadores con tendencia a padecer el trastorno. Se utilizó una muestra de 98 personas, constituida por 49 jugadores con tendencia a padecer de ludopatía y 49 personas sin riesgo, seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico intencional. A fin de controlar posibles variables extrañas que pudieran afectar los resultados de la investigación, se procedió a igualar las variables sexo, estado civil y edad.

Los resultados mostraron, diferencias significativas en tres esquemas cognitivos disfuncionales tempranos: autocontrol insuficiente, desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad, esto significa que las personas con tendencia a padecer de ludopatía tienden a evitar

encontrarse inmersos en situaciones que les generen conflicto, dolor, confrontación, responsabilidad o un gran esfuerzo, no pudiendo controlar el impulso por jugar. Además tienen la creencia en cuanto a que las demás personas van a lastimarlas o a aprovecharse de ellas, atribuyendo sus pérdidas en el juego a otros. Asimismo, tienden a sentirse superiores, incluso no necesitan regirse por las reglas de la reciprocidad, considerando que los resultados obtenidos en el juego de azar dependen de sí mismos y no de la probabilidad.

Se confirmó que el esquema derecho/grandiosidad, es característico de las personas con ludopatía, mostrando consistencia con los resultados encontrados por Tobón et al. (2010), a pesar de que en la investigación de Estévez y Calvete (2007) no se encontraron diferencias significativas.

El resultado arrojado con respecto al esquema de desconfianza/abuso, fue consistente al obtenido en la investigación realizada por Estévez y Calvete (2007) y Tobón et al. (2010). Sin embargo, sorprende que los resultados sólo coincidieran en un esquema con respecto a los encontrados en la investigación de Estévez y Calvete (2007), los cuales demostraron diferencias significativas en numerosos esquemas cognitivos, tales como abandono, privación emocional, imperfección, dependencia, subyugación, inhibición emocional,

vulnerabilidad al peligro, aislamiento social, apego y fracaso. La diferencia en este hallazgo se atribuye al tipo de instrumento utilizado, ya que ellos aplicaron el Cuestionario de Esquemas-Forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF de Young & Brown, 1994) compuesto por 75 ítems que evalúa quince esquemas disfuncionales, mientras que en el presente estudio se empleó el mismo instrumento pero con la validación para la población colombiana realizada por (Castrillón et al., 2005).

Asimismo, ninguna de las investigaciones obtuvo resultados que indicaran la presencia del esquema autocontrol insuficiente, a pesar de que se considera que la impulsividad es uno de los componentes de esta adicción. Además en el estudio realizado por Reuter et al. (2005) se comprobó que a nivel biológico, existe una disminución de la actividad en la corteza prefrontal ventromedial, área relacionada con el control de los impulsos, afectando de esta forma a las personas con ludopatía, en cuanto a la acción de abstenerse de los juegos de azar.

La principal limitación de la presente investigación es su naturaleza transversal, debido a que no permite demostrar si los esquemas cognitivos disfuncionales son previos a la conducta ludópata. Según Joukhador et al. (2004), es necesario realizar estudios longitudinales que determinen si las creencias de los jugadores con ludopatía representan un factor de vulnerabilidad o simplemente son consecuencia de los juegos de azar.

Otra limitación; en esta investigación no se evaluaron las distorsiones cognitivas inmersas en la conducta de juego, lo cual aportaría información acerca de la relación que pudiera existir entre los pensamientos irracionales y los esquemas cognitivos disfuncionales. Tomando en cuenta que dichas distorsiones cognitivas, según Estévez y Calvete (2007) son el resultado de estructuras o esquemas cognitivos más profundos, se permitiría comprobar, si los cambios cognitivos representan un factor determinante, en el tratamiento eficaz en contra de la ludopatía. Además ayudaría a esclarecer la interrogante que plantearon en su estudio Labrador et al. (2002) la cual se encuentra en espera de respuesta. ¿Por qué algunos jugadores patológicos dejan de jugar tras el tratamiento, a pesar de mantener todavía algunas distorsiones cognitivas?

Se recomienda para posteriores investigaciones, aumentar el tamaño de la muestra, con la finalidad de generalizar los resultados dentro de ambas poblaciones. Así mismo, realizar un estudio longitudinal el cual

demonstraría, si los esquemas cognitivos disfuncionales son previos o posteriores a la conducta de juego patológico.

Finalmente, las adicciones no solo son consecuencia de las sustancias químicas, pues las personas también se ven afectadas por los juegos de azar. Esta adicción se encuentra asociada a algunos esquemas cognitivos disfuncionales tempranos, lo cual contribuye al mantenimiento del juego patológico. Los resultados de este estudio, permitieron comprobar la hipótesis planteada: los posibles jugadores patológicos en relación a los esquemas disfuncionales tempranos, difieren significativamente de la muestra no clínica solo en los esquemas: autocontrol insuficiente, desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad, con un nivel de confianza de 95%.

Ciertamente, el estudio del juego patológico es un tema complejo para la investigación aplicada, es un reto debido a los numerosos elementos que llevan a una persona a involucrarse y mantenerse en este mundo. Por lo tanto, esta investigación, sirve como fuente importante de información para estudios posteriores. Asimismo, este material podría ser de gran ayuda en primer lugar, para prevenir la conducta ludópata, en segundo lugar, para realizar un mejor diagnóstico de esta patología y en tercer lugar, para plantear un abordaje clínico eficaz para estos pacientes.

Más allá del problema de estudio, es interés de las investigadoras sentar un precedente a nivel nacional que motive la exploración profunda del tema en Venezuela, no sólo en cuanto a la etiopatogenia de la ludopatía, sino acerca de aspectos de trascendental importancia, como la realización de un estudio epidemiológico con la finalidad de conocer la prevalencia y distribución del juego patológico en la población venezolana.

## Referencias

- Araya, D., & Calderón, L. (2009) Aspectos psicológicos asociados con el mantenimiento de la conducta de juego patológico: Estudio de casos. *Revista Costarricense de Psicología*, 29 (4), 1-42.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup>. ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Brieva, J. (2006). Ludopatía: el otro lado del juego. *Revista Índice*, 19(9), 9-11.
- Black, D., Shak, M., McCormick, B., & Allen J. (2012). Marital status, childhood maltreatment, and family dysfunction: A controlled study of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*. 73(10), 1293-1297.



- Castaño, S., Castaño, J., Cañón, S., Melo, M., Mendoza, P., Montoya, J., & Velázquez, J. (2011). Estudio epidemiológico sobre juegos de azar y factores asociados en población universitaria de la Universidad de Manizales, Colombia. *Archivos de Medicina*, 11(2), 101-103.
- Castrillón, D., Chavez, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marín, C., & Schinitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541 - 560.
- Castrén, S., Basnet, S., Pankaskaki, M., Ronkaiken, J., Helakorpi, S., & Lahti, T. (2013). Factors associated with disordered gambling in finland. *BioMed Central*, 8(24), 1-10.
- Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. Valencia, España: Universidad de Valencia.
- Federación de Psicólogos de Venezuela (1981). *Código de Ética del Profesional del Psicólogo de Venezuela*. Lara, Venezuela.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4(1), 7-20.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández, J., & Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de SOUTH AKS (SOGS). *Análisis y Modificación de Conducta*, 20 (74).
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1994). Adiciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Revista Clínica y Salud*, 5(1), 251-258.
- Estévez, A., & Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Revista Clínica y Salud*, 18(1), 23-43.
- Fernández, J., & Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Gallego, R. (2003). *Introducción al análisis de datos experimentales: Tratamientos de datos en bioensayos*. (1a. ed.). España: Publicaciones de la Universitat Jaume.
- Griffiths, M. (1997). Technological addictions: looking for the future. *Artículo presentado en la 105th Annual Convention of de APA*, Chicago, Illinois.
- Hernández, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101309>
- Holst, R., Brink, W., Veltman, D., & Goudriaan, A. (2010). Brain imaging studies: a review. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 418-425.
- Jiménez, M., García, C., Montero, M., & Perea, M. (2011). Estudiantes universitarios y juego patológico. Un estudio empírico en la Universidad de Murcia. *Escritos de Psicología*, 4 (3), 50-59.
- Joukhador, J., Blaczczynski, A., & Maccallum, F. (2004). Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: Preliminary data. *Journal of Gambling Studies*, 8(2), 171-180.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.
- Kuten, S. (2006). Actualización: Juego patológico. *Evidencia Actual Práctica Ambulatoria*, 9(5) 147.
- Labrador, J., Fernández, A., Luengo, A., & Mañoso V. (2002). Relación entre la reducción de las distorsiones cognitivas referidas al azar y la consecución de éxito terapéutico en jugadores patológicos. *Psicothema*, 14(3), 551-557.
- Mañoso, V., Labrador, J., & Fernández, A. (2004) Tipos de distorsiones cognitivas durante el juego en jugadores patológicos y no jugadores. *Psicothema*, 16(4), 576-581.
- Muñoz, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico. *Revista Salud pública*, 10(1) 150- 159.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I. Glascher, J., & Büchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, 8(2), 147-148.
- Rodríguez, E. (2009). *La terapia centrada en esquemas cognitivos de Jeffrey Young*. Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú.
- Tobón, N., Cano, V., & Londoño, N. (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía: Aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 29, 1-24. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=194214466007>
- Toro, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(3), 459-473.
- Young, J., & Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-Short Form SQ-SF*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J., & Klosko J. (2001). *Reinventar tu vida* (1a. ed.). Barcelona, España: Paidós.
- Young J., Klosko J., & Weishaar M. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.