



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTAMARÍA LA ANTIGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS  
DE SALUD MENTAL EN ADULTOS JÓVENES DE LA CIUDAD DE  
PANAMÁ EN EL AÑO 2019**

**TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:**

**MARÍA ELISA ESPINO  
8 – 912 – 2344**

**DIRECTOR DE TESIS: DIANA OVIEDO**

**ASESOR EXTERNO: SERGIO GONZALEZ**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2021.**



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS  
DE SALUD MENTAL EN ADULTOS JÓVENES DE LA CIUDAD DE  
PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTAMARÍA LA ANTIGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS  
DE SALUD MENTAL EN ADULTOS JÓVENES DE LA CIUDAD DE  
PANAMÁ EN EL AÑO 2019**

**TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:**

**MARÍA ELISA ESPINO  
8 – 912 – 2344**

**JURADO EVALUADOR**

Dr./Dra. Nombre y Apellidos

Presidente

Firma: \_\_\_\_\_

Dr./Dra. Nombre y Apellidos

Presidente

Firma: \_\_\_\_\_

Dr./Dra. Nombre y Apellidos

Presidente

Firma: \_\_\_\_\_

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2021.

## Agradecimientos

Este estudio fue posible gracias al apoyo y colaboración de varias personas a quienes quiero agradecer y dedicar esta sección.

En primer lugar le quiero dar las gracias a la directora de esta tesis, la Dra. Diana Oviedo y a mi asesor externo, Sergio González, por la dedicación, la paciencia y el apoyo desinteresado que me brindaron durante este proceso. Gracias por haber hecho posible esta Tesis, y por la confianza que depositaron en mí.

Un trabajo de investigación, además de ser fruto de ideas y esfuerzos, es también producto del reconocimiento y apoyo indispensable que nos dan las personas que más queremos y nos estiman, sin ese apoyo incondicional no hubiese tenido la fuerza y energía que me animaron a creer en mí y en mis capacidades para lograr este proyecto, además de ayudarme a crecer como profesional.

Quiero darle las gracias a mi novio, Carlos Alfredo Pérez por ser la fuente de inspiración para realizar este estudio, gracias por haber sido un fiel compañero de apoyo emocional y motivacional que nunca dudó de mí para sacar este proyecto adelante, por soñar junto a mí el resultado final de esta tesis y en el futuro. Además, darle las gracias por cooperar en la recolección de datos y reclutamiento de participantes.

A mis padres, Germán Espino y Annie de Espino, a mi hermano, Diego Fernando Espino, mi familia, por estar siempre ahí, porque su ilusión de verme crecer como persona y profesional fue más que indispensable y motivacional para lograr mi tesis. Gracias por motivarme, por siempre haberme apoyado en mis aspiraciones académicas, por animarme a realizar esta investigación y ayudarme a hacer su sueño realidad, el convertirme en una profesional.

A mis amigos, Rebecca Barreiro, por el acompañamiento motivacional y emocional, y Jorge Luis Vásquez por cooperar en la recolección de Datos y reclutamiento de participantes.

A los 150 participantes que hicieron que este estudio fuera posible, por el tiempo y el apoyo.

A todos, muchas gracias.

## Resumen

**Palabras claves:** *adicción a los videojuegos, impulsividad, síntomas internalizantes, soledad.*

Durante muchos años la adicción referenciaba únicamente a sustancias como alcohol, drogas, y el cigarrillo, hoy en día, también los videojuegos son considerados como adicción. Los videojuegos se han convertido en una forma de entretenimiento de alto consumo en la sociedad, sobre todo con adolescentes y adultos jóvenes. Se trata de un comportamiento disfuncional que es recurrente y persistente que interrumpe las actividades personales, familiares, sociales, laborales. Incluye síntomas psicológicos y físicos que van asociados a características de la personalidad. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la adicción a los videojuegos con variables relacionadas a la salud mental en la población adulta panameña.

Este estudio fue cuantitativo transversal de tipo correlacional, en el cual, para medir las variables se utilizaron cuestionarios de auto-reporte. Para recolectar los datos demográficos se utilizó un Cuestionario de Datos Demográficos, para medir la variable adicción a los videojuegos se utilizó el cuestionario “*Videogame Addiction Scale (VGAS)*”, para medir la variable de impulsividad se utilizó la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), para medir las variables de ansiedad, depresión y estrés se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21), y para medir la variable de soledad se utilizó la Escala de Soledad de Jong Gierveld.

Se evaluaron 150 adultos entre los 18 y 35 años de edad en la Ciudad de Panamá. La mayoría de los participantes fueron de sexo masculino con una edad promedio de 22 años, que se encontraban realizando sus estudios universitarios. Los resultados evidenciaron asociaciones significativas entre la

adicción a los videojuegos y las variables de impulsividad y síntomas internalizantes (ansiedad, depresión y estrés). Se vio una relación entre la impulsividad con pérdida de control y ansias, ya que la adicción involucra un manejo pobre de impulsos y un deterioro en el control y uso de videojuegos, la ansiedad se relaciona con conductas adictivas incluyendo el juego patológico, la soledad está asociada a esta adicción ya que estos funcionan como un medio de socialización más fácil o eficiente para usuarios de videojuegos con características tímidas. Por otro lado, no se encontraron asociaciones significativas entre la adicción a los videojuegos y la variable de soledad. En base a los hallazgos, se discuten implicaciones teóricas y se dan algunas recomendaciones para futuros proyectos relacionados a este tema.

## **Abstract**

**Key words:** *video game addiction, impulsivity, internalizing symptoms, loneliness.*

For many years, addiction only referred to substances such as alcohol, drugs and cigarettes, nowadays video games are also considered as addiction, since these have become a form of high consumption entertainment in society especially with teenagers and young adults. It is a dysfunctional behavior that is recurrent and persistent that interrupts personal, family, social and work activities. It includes psychological and physical symptoms that are associated with personality characteristics. The objective of this study was to determine the relationship between video game addiction with variables related to mental health in the Panamanian adult population.

This is a cross-sectional, correlational, quantitative study, in which self-report questionnaires were used to measure the variables. To collect demographic data, a demographic data questionnaire was used. Video game addiction was measured with the Videogame Addiction Scale (VGAS) questionnaire; impulsivity was assessed with the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11); the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21) was used to measure anxiety, depression and stress; and the Jong Gierveld Loneliness Scale was used to measure loneliness.

The sample consisted of 150 Panamanian adults between 18 and 35 years of age. Most of the participants were male with an average age of 22 years, who are currently completing their university studies. Results showed significant associations between video game addiction and impulsivity and internalizing symptoms (anxiety, depression and stress). There was a relation between impulsivity and loss of control and cravings, since addiction involves poor impulse management and a deterioration in the control and use of video

games, anxiety is related to addictive behaviors including pathological gambling, loneliness is associated with this addiction since they function as an easier or more efficient means of socialization for video game users with shy characteristics. On the other hand, no significant associations were found between video game addiction and the loneliness variable. Based on the findings, theoretical implications are discussed and some recommendations are given for future projects related to this topic.



<b>Índice General</b>	<b>p.</b>
Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vii
Capítulo I. Introducción	
1.1 Introducción.....	2
1.2 Planteamiento del Problema.....	5
1.3 Antecedentes.....	6
1.4 Objetivos.....	9
1.4.1 Objetivo General.....	9
1.4.2 Objetivos Específicos.....	9
1.5 Hipótesis.....	9
1.6 Justificación.....	10
Capítulo II. Revisión Bibliográfica.	
2.1 Adicción.....	14
2.1.1 ¿Qué es la adicción?.....	14
2.1.2 Teorías que expliquen elementos de la adicción.....	17
2.1.2.1 Teoría del refuerzo.....	18
2.1.2.2 Teoría de sensibilización al incentivo.....	18
2.1.2.3 Teoría de alostasis y estrés.....	19
2.1.3 ¿Qué es la adicción a los videojuegos?.....	20
2.1.4 ¿Qué es la adicción al Internet?.....	24

2.1.5 ¿Qué es el uso problemático del internet y los videojuegos?.....	29
2.1.6 Diferencia entre el internet y los videojuegos.....	30
2.1.7 ¿Qué es la tolerancia, abstinencia y pérdida de control?.....	31
2.1.8 Tiempo de exposición y “ <i>craving</i> ” (ansias).....	36
2.1.9 Problemas Sociales e Incumplimiento de Obligaciones.....	38
2.2 Impulsividad.....	40
2.2.1 ¿Qué es la impulsividad?.....	40
2.2.2 Modelo de Barratt.....	42
2.3 Síntomas Internalizantes.....	44
2.3.1 ¿Qué es la ansiedad?.....	44
2.3.2 ¿Qué es la depresión?.....	47
2.3.3 ¿Qué es el estrés?.....	52
2.3.4 ¿Qué relación tienen estos síntomas internalizantes con la adicción al internet y con la adicción a los videojuegos?.....	55
2.3.4.1 Ansiedad en la adicción al internet y videojuegos.....	56
2.3.4.2 Depresión en la adicción al internet y videojuegos.....	59
2.3.4.3 Estrés en la adicción al internet y videojuegos.....	62
2.4 Soledad.....	63
2.4.1 ¿Qué es la soledad?.....	63
2.4.2 ¿Qué es la soledad social?.....	68
2.4.3 ¿Qué es la soledad emocional?.....	68
2.4.4 Soledad y videojuegos.....	69

Capítulo III. Metodología	
3.1 Diseño del estudio.....	72
3.2 Participantes.....	72
3.3 Instrumentos.....	73
3.3.1 Cuestionario de Datos Demográficos.....	73
3.3.2 Videogame Addiction Scale (VGAS).....	73
3.3.3 Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11).....	74
3.3.4 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21).....	74
3.3.5 Escala de Soledad de Jong Gierveld.....	75
3.4 Variables.....	75
3.5 Consideraciones Éticas.....	78
3.6 Procedimiento.....	79
Capítulo IV. Presentación y Análisis de Resultados	
4.1 Análisis Estadístico.....	82
4.2 Estadísticos Descriptivos del Cuestionario de Datos Demográficos.....	91
4.3 Análisis de correlación entre la adicción a los videojuegos e impulsividad.....	94
4.4 Análisis de correlación entre la adicción a los videojuegos y síntomas internalizantes.....	95
4.5 Análisis de correlación entre la adicción a los videojuegos y soledad....	96
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones	

5.1 Características demográficas y adicción a los videojuegos.....	98
5.2 Adicción a los videojuegos e impulsividad.....	99
5.3 Adicción a los videojuegos y síntomas internalizates.....	103
5.3.1 Ansiedad.....	103
5.3.2 Depresión.....	105
5.3.3 Estrés.....	107
5.4 Adicción a los videojuegos y soledad.....	108
5.5 Limitaciones y Fortalezas.....	110
5.6 Conclusiones.....	111
5.7 Recomendaciones.....	113
Bibliografía.....	116
Anexos.....	125

<b>Índice de Tablas</b>	<b>p</b>
Tabla 1. Variables y sus definiciones conceptual y operacional.....	75
Tabla 2. Características Sociodemográficas.....	88
Tabla 3. Estadísticos descriptivos de variables demográficas.....	91
Tabla 4. Estadísticos descriptivos de variables psicológicas.....	93
Tabla 5. Relación entre adicción a los videojuegos e impulsividad.....	94
Tabla 6. Relación entre adicción a los videojuegos y síntomas internalizantes.....	95
Tabla 7. Relación entre adicción a los videojuegos y Soledad.....	96

**CAPÍTULO 1**  
**INTRODUCCIÓN**

## **1.1 Introducción**

El uso de los videojuegos ha promovido comportamientos adaptativos en sus usuarios como una fuente de entretenimiento y puede fortalecer habilidades de tipo cognitivo como la planeación de estrategias. Las personas hacen uso de videojuegos por muchas razones, incluida la relajación, la competencia, la autonomía, escapar de las preocupaciones diarias. Jugar puede producir estados de “fluidez”, en los que el jugador se concentra, tiene un sentido de control, puede perder el sentido del tiempo y el lugar, y encuentra que jugar es intrínsecamente gratificante (Gentile, 2011). Aunque los videojuegos en modalidades masivas en línea pueden resultar atractivas y sociables para los jugadores, pueden causar deterioro social y problemas de sueño (Smyth, 2007). Weinstein (2010) argumentó que la adicción a los videojuegos debería caracterizarse por la medida en que los juegos excesivos impactan negativamente en otras áreas de la vida del jugador por la cantidad de tiempo dedicado a los mismos (Toker & Baturay, 2016). Algunos estudios han expuesto características negativas asociadas a los videojuegos como la violencia, la estereotipación de géneros y la adicción a los videojuegos (Boyle et al., 2011).

La adicción a los videojuegos se define en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11va revisión (CIE-11) como un patrón de comportamiento de

juego caracterizado por un control deficiente sobre este, aumentado la prioridad que se le da al mismo sobre otras actividades de la vida cotidiana, y la continuación o escalada a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas (Gaming disorder, n.d.). Para que la adicción a los videojuegos sea diagnosticada, el patrón de comportamiento debe ser lo suficientemente severo para causar deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas importantes de funcionamiento y normalmente habría sido evidente durante al menos 12 meses (Gaming disorder, n.d.).

El uso de los videojuegos, tiene el sesgo de ser considerado como un comportamiento patológico (Ferguson et al., 2011). Jugar no es patológico inicialmente, para Griffiths (2005) el juego excesivo no significa necesariamente que una persona sea adicta, de hecho, el entusiasmo excesivo se considera saludable. Sin embargo, en la actualidad existe la preocupación en la sociedad frente al aumento de la popularidad de los videojuegos en la población y las consecuencias en su funcionamiento cotidiano relacionadas a la psicopatología (Ferguson et al., 2011). En el campo de la salud mental, existe el debate sobre la inclusión de este trastorno dentro de los sistemas de clasificación, por el riesgo de estigmatizar a usuarios de videojuegos que no presentan psicopatología severa (Aarseth et al., 2017). El juego excesivo se ha asociado con un grado variable de participación que no



representa un problema en el funcionamiento psicológico excepto cuando se presentan problemas emocionales y sociales, y la incapacidad de controlar los hábitos de juego excesivos (Qureshi et al., 2013).

Algunos usuarios de videojuegos experimentan serios problemas como consecuencia del tiempo que pasan jugando (Aarseth et al., 2017). Se ha observado que los síntomas relacionados a la adicción a los videojuegos pueden ser egosintónicos afectando el funcionamiento cognitivo, emocional y social (Ferguson et al., 2011). En algunos estudios se ha observado que personas con adicción a los videojuegos cuentan con mayores niveles de impulsividad comparado con personas que no padecen adicción, siendo esta característica un predictor de la adicción a los videojuegos (Du et al., 2016). Desde una perspectiva neurobiológica, se ha identificado la adicción a los videojuegos asociada a la impulsividad explicadas por anomalías en la materia gris del cerebro. Además, estudios de neuroimagen funcional han demostrado que los sujetos con adicción a los videojuegos tienen activaciones en la corteza frontal, insular, temporal y parietal durante la ejecución del impulso, en comparación con sujetos que no cuentan con adicción (Du et al., 2016).

Adicional a la impulsividad, se han reportado relaciones en comportamientos tecnológicos adictivos que sugieren algunos factores de riesgo comunes

subyacentes como los trastornos psiquiátricos, en particular los trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión (Andreassen et al., 2016).

Se presume que en usuarios con adicción a los videojuegos haya un problema creciente de soledad, que se encuentra relacionada con la cantidad de tiempo que invierten en estas actividades. Se ha identificado como un factor de riesgo, con mayores niveles de soledad, en comparación a personas que no utilizan videojuegos. Se ha identificado que la adicción a los videojuegos causa soledad en los usuarios que usan videojuegos, obstaculizando sus habilidades de socialización (Qureshi et al., 2013).

## **1.2 Planteamiento del Problema**

Este estudio busca identificar la relación entre la adicción a los videojuegos y aspectos relacionados a la salud mental como la impulsividad, ansiedad, depresión y soledad.

En base a la literatura revisada, se pretende responder a las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son características demográficas y psicológicas en usuarios de videojuegos?.
2. ¿Cuál es la relación entre adicción a los videojuegos e impulsividad?.
3. ¿Cuál es la relación entre adicción a los videojuegos y síntomas internalizantes?.
4. ¿Cuál es la relación entre adicción a los videojuegos y soledad?.

### **1.3 Antecedentes**

Los últimos 15 años han sido testigos de una revolución en el uso de tecnologías digitales, con un poder de procesamiento, acceso a tecnologías digitales y el uso de dichas tecnologías por parte de los niños, adolescentes y adultos aumentando drásticamente. La cantidad de tiempo que se invierte en los videojuegos ha aumentado de manera constante (Anderson, Gentile y Buckley, 2007). Los cambios en las tecnologías traen el potencial de cambios en los pensamientos, sentimientos y comportamientos de los usuarios (Kipnis, 1997). Varios investigadores han estado preocupados por la posibilidad de que algunas personas demuestren patrones patológicos de comportamiento utilizando tecnologías de computadora, Internet y videojuegos (Gentile, 2009).

Aún es muy controvertido si los videojuegos pueden producir una verdadera adicción en un sentido clínico o científico. La evidencia neurológica es cada vez mayor de que los juegos pueden actuar como sustancias tradicionales de abuso, con similitudes convincentes entre los efectos de las drogas y los videojuegos en la mente de los usuarios (Zastrow, 2017). El uso patológico de los videojuegos y sus efectos, ha generado una discusión sobre esta adicción conductual en profesionales de salud mental, particularmente porque el uso de los videojuegos no se consideraba como una adicción, sino como una problemática (Khang, 2013). Una verdadera adicción, incluso una adicción conductual, significa más allá de que alguien haga mucho. Según los expertos

en psiquiatría y psicología, la adicción tiene que dañar múltiples niveles de funcionamiento, como el familiar, social, escolar, ocupacional y psicológico. Los médicos y los trabajadores sociales de varios países han recibido solicitudes para el tratamiento de la adicción a los videojuegos. En respuesta, los investigadores han realizado varios estudios y han determinado que la idea no se puede descartar (Gentile, 2009). Las investigaciones psicológicas postulan que las personas tienden a acceder a los videojuegos a través de la excitación fisiológica, y los estados internos positivos, como el placer. En contraste, la perspectiva social sugiere que los factores familiares, sociales, ocupacionales y culturales están asociados con el uso adictivo de los videojuegos (Beard, 2005).

Se ha comenzado a describir científicamente el concepto de uso patológico de los videojuegos, comúnmente llamado “adicción” a los videojuegos. La Asociación Médica Estadounidense reconoció que es digno de estudio, y la Asociación Psiquiátrica Estadounidense consideró lo consideró para su inclusión en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, pero decidió que aún no había suficientes investigaciones (Gentile et al., 2011). Una vez esto se ha reconocido como material de estudio, la adicción a los videojuegos se ha identificado con varios términos, que incluyen “uso no regulado de videojuegos” (LaRose, Lin y Eastin, 2003), “dependencia de los videojuegos” (Yuen y Lavin, 2004), “uso de videojuegos”

(Caplan, 2010), “uso compulsivo de videojuegos” (Meerkerk, Eijnden y Garrestsen, 2006), y “uso excesivo de los medios” (Suhail y Bargees, 2006). Algunos investigadores como Greenfield y Davis (2002) definen la adicción a los videojuegos utilizando el término clínico “trastorno de control de impulsos” y han especificado que no implica una cualidad intoxicante. Kandell (1998) definió esta adicción como la dependencia psicológica a los videojuegos. En particular, se han sugerido escalas de diagnóstico detalladas para identificar la adicción a los videojuegos. Se desarrollaron cuestionarios centrados en problemas emocionales, educativos, familiares, sociales y ocupacionales que puede causar adicción a los videojuegos (Khang et al., 2013).

Al explorar la adicción a los videojuegos, estudios anteriores han empleado rasgos personales como la autoestima, la autoeficacia y el autocontrol, como antecedentes de la adicción a los videojuegos (Khang et al., 2013). A su vez, los efectos adversos de la adicción a los videojuegos no son solo el tiempo perdido, los problemas sociales, familiares o laborales (Gentile et al., 2011), algunos estudios asocian la adicción a los videojuegos con la depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno obsesivo-compulsivo (Zastrow et al., 2017).

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre la adicción a los videojuegos con variables relacionadas a la salud mental en población adulta panameña.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

1. Describir características demográficas presentes en usuarios de videojuegos.
2. Identificar la relación entre la adicción a los videojuegos e impulsividad.
3. Identificar la relación entre la adicción a los videojuegos y síntomas internalizantes.
4. Identificar la relación entre la adicción a los videojuegos y la soledad.

## **1.5 Hipótesis**

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. Se espera que exista correlaciones positivas entre la adicción a los videojuegos y la impulsividad.
2. Se espera que exista correlaciones positivas entre la adicción a los videojuegos y la ansiedad, depresión y estrés.
3. Se espera que exista correlaciones positivas entre la adicción a los videojuegos y la soledad.

## **1.6 Justificación**

En la actualidad, el comportamiento de los usuarios de videojuegos ha sido un tema de interés para la salud mental, ya que se han encontrado algunas evidencias que favorecen el uso de estos dispositivos, así como algunas problemáticas dentro de este contexto virtual. Este es un tema emergente dentro de la salud mental con investigaciones escasas. Las evidencias presentan resultados controversiales, sin consenso entre los especialistas en el campo (Aarseth et al., 2017).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-11), ha definido la adicción a los videojuegos basado en los siguientes criterios: (1) Presencia de control deteriorado sobre la conducta del juego, (2) Incremento en la prioridad a los videojuegos sobre otras actividades diarias, (3) La conducta es persistente a pesar de las consecuencias negativas que trae este comportamiento, y (4) Debe ser lo suficientemente severo para causar deterioro en áreas de funcionamiento en la vida cotidiana, en un período de 12 meses (Drogodependencias, n.d.).

En una revisión de estudios entre los años 1994 y 2012, se encontró que la prevalencia de usuarios con uso problemático de los juegos se da entre, el 1.7% y el 10% de la población general (Griffiths, Kuss, King 2012).

Anteriormente se han presentado distintas perspectivas para entender la patología o el componente patológico en el comportamiento de los usuarios de videojuegos. La primera perspectiva se refiere a la cantidad de tiempo que pasa una persona utilizando videojuegos y la segunda se refiere a la interferencia que tienen los videojuegos sobre otras áreas de funcionamiento social (Paschall, 2015). Una característica que ha permitido distinguir la adicción a los videojuegos, además del tiempo que pasa el usuario jugando, es que se presentan características como impulsividad, estrategias de afrontamiento maladaptativas (Paschall, 2015) y estrategias estructurales del juego (King, Delfabbro, & Griffiths, 2011).

El uso problemático y la adicción a los videojuegos, se han relacionado con problemas de salud mental como ansiedad, depresión (Sim, Gentile, Bricolo, Serpelloni, & Gulamoydeen, 2012), uso de sustancias y cigarrillos (Ream, Elliott, & Dunlap, 2011). También se ha relacionado con problemas de comportamientos externalizantes como el déficit atencional y los problemas de conducta (Sim et al., 2012). Adicional a los problemas de salud mental, también se han evidenciado problemas de tipo social, interpersonal y académicos (Smohai et al., 2017). Se ha argumentado que los estudiantes universitarios están en mayor riesgo de pasar por este tipo de problema debido a los cambios y responsabilidades de la vida universitaria, que implica



nuevos compromisos o la frustración de no cumplir con las responsabilidades (Sim et al., 2012).

**CAPÍTULO 2**  
**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

## **2.1. ADICCIÓN:**

### **2.1.1 ¿Qué es la adicción?**

La adicción es una enfermedad crónica primaria que altera circuitos cerebrales relacionados a sistemas de recompensa y funciones psicológicas como la motivación y la memoria presentando manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (Greenfield, 2018). La adicción tiende a dañar múltiples niveles de funcionamiento familiar, social, escolar, ocupacional y psicológico (Gentile, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Es una enfermedad progresiva y fatal, que se caracteriza por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento y negación ante la enfermedad (Marks,1990).

La adicción involucra un constante fracaso de resistir el impulso de un comportamiento específico que se considere adictivo, teniendo como consecuencia un aumento en la sensación de tensión (Goodman, 1990). Es un hábito o patrón repetitivo que desarrolla una enfermedad causando

problemas personales y sociales (Griffiths, 2005). La adicción también involucra la pérdida progresiva para elegir libremente si detener o continuar con el comportamiento (Schneider & Irons, 2001).

Algunas características de la adicción es la experimentación de una sensación de alivio o placer cuando se está realizando dicho comportamiento adictivo difícil de resistir (Goodman, 1990), en ausencia del comportamiento o consumo se presenta síndrome de abstinencia (Greenfield, 2018) y pérdida de control (Griffiths, 2005) que puede llevar a repercusiones mayores como dejar a un lado las obligaciones laborales, académicas, domésticas o sociales, reducción de actividades recreativas, problemas sociales, financieros, psicológicos, físicos (Goodman, 1990), de relaciones interpersonales (Greenfield, 2018), etc.

Al experimentarse la pérdida de control, el comportamiento adictivo persiste aunque se presenten intentos de controlarlo o darle un uso moderado. Al realizar este comportamiento adictivo luego de intentar dejarlo se genera una gratificación inmediata o una recompensa a corto plazo (Griffiths, 2005). Algunos síntomas de la alteración persisten por lo menos un mes, o durante un período de tiempo más largo (Goodman, 1990). Los intentos de cambiar un comportamiento adictivo (mediante tratamiento o iniciativa propia) suelen estar marcados con altas tasas de recaídas (Griffiths, 2005).

Históricamente, la adicción se empezó a contemplar, o se definía a partir del consumo de sustancias psicoactivas, como el alcohol, el tabaco y drogas ilícitas. A finales del siglo XX surgió un nuevo tipo de adicción caracterizada por no ser una dependencia a drogas clásicas, como el alcohol o el tabaco, drogas sintéticas u otro tipo de sustancias, sino a actividades y comportamientos cotidianos que al convertirse en adicción impiden llevar una vida satisfactoria.

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas sufre trastornos de la conducta relacionados con las adicciones sin sustancia. El juego patológico, el abuso de internet y las redes sociales, la adicción a las compras, al sexo y al trabajo son las principales adicciones comportamentales (Berner, 2011).

Sin embargo, para poder hablar de dependencia física y psicológica, se deben presentar tres o más de los siguientes criterios en un periodo de doce (12) meses: a) fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia, o videojuegos, b) dificultades para controlar, c) síndrome de abstinencia, d) tolerancia, e) falta de interés en actividades que no sean con relación al consumo de la sustancia o videojuegos, f) persistencia en el uso de la sustancia o realización de la actividad adictiva a pesar de conocer sus efectos perjudiciales (American Psychiatric Association, 2000).

Para Griffinhs (1998) cualquier comportamiento que cumpla con los seis criterios siguientes será definido operacionalmente como adicción: 1) Prominencia, una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta. 2) Modificación del humor, son las experiencias subjetivas que se experimentan como consecuencia de implicarse en la actividad. 3) Tolerancia, proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los mismos efectos. 4) Síndrome de abstinencia, son estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida. 5) Conflicto, se refiere a las dificultades que se desarrollan entre la persona con adicción y aquellos que los rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses). 6) Recaída, es la tendencia a volver a los patrones tempranos de la actividad en la forma más extrema de la adicción (Berner, 2011).

### **2.1.2 Teorías que expliquen elementos de la adicción**

Existen diferentes teorías que pretenden responder qué causa la adicción. Desde los comienzos de los estudios de la adicción, estas teorías han ido evolucionando, aunque muchas de ellas siguen siendo predominantes para la mayoría de los especialistas.

### **2.1.2.1 Teoría del refuerzo**

#### 1.-Teoría del refuerzo positivo

La teoría del refuerzo positivo fue la primera que se desarrolló para explicar por qué una persona desarrolla adicción. Esta teoría afirma que las personas adictas consumen sustancias o realizan una actividad adictiva por el placer que estas producen (Solomon, 1980).

#### 2.-Teoría del refuerzo negativo

Esta teoría dice que, en la adicción, el consumo repetido se produce para contrarrestar los efectos negativos de la abstinencia. Según esta teoría, en la adicción, se consume para evitar los síntomas desagradables de la abstinencia (temblores, taquicardias, depresión). Según esta teoría, la sustancia o actividad adictiva actúa como un reforzador negativo, es decir, la sustancia consumida elimina de la vida del sujeto las sensaciones desagradables (Solomon, 1980).

### **2.1.2.2 Teoría de la sensibilización al incentivo**

Otra teoría que intenta explicar la adicción, es la teoría de la sensibilización al incentivo. Esta habla de un individuo que abusa de una sustancia suele experimentar un deseo creciente de consumirla, que puede llegar a ser incontrolable. Este deseo se conoce como "*craving*" (ansia), y se experimenta tras un periodo de abstinencia. Cuando el deseo de consumo empieza a ser intenso y a estar presente en el pensamiento de la persona adicta, cualquier

estímulo de tipo social, ambiental, emocional, cognitivo, puede desencadenar un deseo muy fuerte e inesperado de tomar la sustancia (Robinson y Berridge, 1993).

### **2.1.2.3 Teoría de la alostasis y estrés**

Otro modelo utilizado en los últimos años para explicar la adicción es la teoría de alostasis y estrés. Según esta teoría la adicción es el resultado de un cambio en el control de la conducta motivada, desde los mecanismos de refuerzo positivo (obtención de placer) a los mecanismos de refuerzo negativos dirigidos a reducir el estrés y el malestar e intentar restablecer un falso equilibrio homeostático (alostasis). En este sentido, en cuanto al consumo de drogas, particularmente, el consumo repetido, produce dos alteraciones cerebrales, la primera es el incremento del umbral de estipulación necesario para alcanzar el equilibrio alostático y no experimentar malestar, consecuentemente es más difícil tener experiencias donde se sienta placer. La segunda es la hiperactividad del sistema del estrés encargada de contrarrestar los efectos de las drogas en el organismo y que tras la ingesta repetida está hiperfuncionante. Conduciendo a que pueda sentir malestar con mayor sensibilidad (Koob y Le Moal, 1997, 2001; Koob y cols., 2004).

Estas alteraciones justifican el “*craving*” (ansias) en la adicción, y el desarrollo de conductas compulsivas de ingesta de sustancias y precipita la recaída. La



adicción, según esta teoría, se caracteriza por un estado alostático, es decir, un nuevo estado homeostático en el organismo del sujeto con un nuevo punto de ajuste que hace que necesite experiencias con emociones más intensas para experimentar placer (Koob y Le Moal, 1997).

### **2.1.3 ¿Qué es la adicción a los videojuegos?**

Los videojuegos se han convertido en una de las formas de entretenimiento más populares y dominantes (Lee & LaRose, 2007). Es una actividad de alto consumo en el mundo, que ha llegado a ser considerada como una forma de adicción (Lee & LaRose, 2007) lo que ha llamado poderosamente la atención de investigadores en psicología y psiquiatría (King et al., 2013).

Durante los años 1970 y 1980 la palabra adicción se refería solamente a sustancias como el alcohol, el tabaco y las drogas. El abuso de estas sustancias era considerado un trastorno. Antes del año 2013 la adicción a los videojuegos no aparecía formalmente como adicción en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), ya que para que existiera un diagnóstico el individuo debía presentar síntomas de ansiedad, tolerancia y abstinencia (Zastrow, 2017). En la actualidad, el uso en exceso de videojuegos genera preocupación entre los jugadores, sus familias y los médicos, aunque los sistemas de diagnóstico no reconocen los videojuegos como un trastorno

(Mentzoni et al., 2011). No fue hasta en el 2018 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el “trastorno del juego” como diagnóstico en la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) (Ferguson & Colwell, 2019). Los investigadores en disciplinas de la salud mental han propuesto que los videojuegos pueden ser psicológica, social y físicamente perjudiciales para la persona que juega (King et al., 2013).

El uso de videojuegos no es esencialmente patológico, sin embargo, se considera como un comportamiento disfuncional cuando afecta el funcionamiento social, laboral, familiar, escolar y psicológico de la persona (Gentile et al., 2011). Junto con otros trastornos como piromanía, cleptomanía; el juego patológico se ha considerado como una incapacidad de resistir los impulsos (Zastrow, 2017).

Se trata de un problema que la Organización Mundial de la Salud reconoce como trastorno psicológico y que quedará concretado en el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) como “Trastorno por videojuegos” (Brown, 1993).

Existen investigaciones que indican que los videojuegos parecen ser adictivos y que la excesiva dedicación a estos puede tener efectos dañinos sobre un

número de individuos que parecen manifestar elementos de un comportamiento compulsivo y adictivo. Se ha señalado que las patologías sociales están empezando a aparecer entre las personas que juegan de forma excesiva a los videojuegos. Por ejemplo, Soper and Miller (1983) alegaban que la “adicción a los videojuegos” era como cualquier otra adicción conductual y se componía de una implicación compulsiva, una falta de interés en otras actividades, y síntomas físicos y mentales cuando intentan detener la conducta, como por ejemplo temblores.

Más recientemente, esas adicciones (incluyendo las adicciones a Internet y los juegos de ludopatía) se han denominado “adicciones tecnológicas” (Griffiths, 1995) y se han definido operacionalmente como adicciones conductuales, no químicas, que implican una interacción excesiva hombre-máquina. Puede ser pasiva (la televisión) o activa (los videojuegos) y habitualmente contienen características inductoras y reforzantes que pueden contribuir al fomento de tendencias adictivas (Griffiths, 1995).

Según el DSM 5, la característica principal del juego patológico o adicción a los videojuegos es un comportamiento disfuncional que es recurrente y persistente que interrumpe las actividades personales, familiares. Estos problemas ocurren porque mienten a los demás (familiares, terapeutas,

compañeros de trabajo, etc.) para ocultar la magnitud del problema. Al igual que las actividades personales, familiares y sociales, las actividades laborales o académicas se ven igualmente afectadas, existe bajo rendimiento en el trabajo o en la escuela y absentismo.

Los síntomas de la adicción a los videojuegos son tanto psicológicos como físicos. Los síntomas psicológicos incluyen: una sensación de bienestar al jugar, incapacidad para detenerse, desear jugar por más tiempo, negligencia con familiares y amigos, sentirse vacío e irritable cuando no está jugando (Griffiths & Meredith, 2009). Los síntomas físicos incluyen: síndrome de túnel carpiano, ojos secos, dolores de cabeza, dolor de espalda, irregularidades en la alimentación, falta de higiene personal, trastornos de sueño (Griffiths & Meredith, 2009). Algunos jugadores son impulsivos, competitivos, enérgicos, inquietos y se aburren fácilmente. Otros están deprimidos, son solitarios y juegan al sentirse impotentes, culpables o deprimidos (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)).

Los patrones de juego pueden ser regulares o episódicos, y pueden ser persistentes o estar en remisión. El juego puede aumentar durante las épocas de estrés o depresión, y durante los periodos de consumo de sustancias o de abstinencia (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)).

Un género de videojuegos, que ha recibido mucha atención con respecto al juego excesivo, es el juego de multijugador en línea. Estos juegos de combinación de interacción social a menudo se presentan como particularmente adictivos (Mentzoni et al., 2011).

#### **2.1.4 ¿Qué es adicción al Internet?**

El Internet es una herramienta para facilitar el acceso a información y medios. Sin embargo, se han desarrollado problemas comunitarios debido a su uso (Young, 2004) como la adicción al internet. Al igual que para los videojuegos, se ha argumentado que el término “adicción” debería aplicarse solo a casos que involucran sustancias químicas (Chou et al., 2005). La adicción al internet es caracterizada por preocupaciones, impulsos o comportamientos mal controlados y que llevan a una discapacidad o angustia. Anteriormente no se reconocía la adicción al internet (Shaw & Black, 2008). Como tampoco se reconocía la adicción a los videojuegos. Griffiths (1998) señala que, “el uso excesivo de internet puede no ser problemático en la mayoría de los casos, pero la evidencia sugiere que para algunas personas, el uso excesivo de internet es una adicción real y una preocupación genuina” (Chou et al., 2005).

La Adicción al Internet fue estudiada por primera vez en 1995 por Golderg, posteriormente por Young en 1998, Shapira en el 2003; Beard en el 2001;

además de estudios de correlación con autoestima, timidez y depresión efectuados por Caplan en 2002. Por otro lado, Davis en el 2002 con la aplicación del modelo cognitivo conductual, aplicado para evaluar a personas aptas para trabajos de larga duración en el Internet. Finalmente, Charlton y la distinción del “High engagement” (alto involucramiento) antes que la adicción en el 2002 y 2007 (Lam-Figueroa, Contreras-Pulache, Mori Quishpe, & Hinostroza-Camposano, 2011).

Young (1996) de la Universidad de Pistburg define la adicción al internet como: “Un deterioro en el control de su uso que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos” (López A. , 2004). De esta manera, se establece que la adicción al internet se ha hecho presente dentro de las adicciones conductuales.

Griffiths (2000) define la conducta adictiva como “cualquier comportamiento que presenta todos los componentes centrales de la adicción”. Kandell (1998) definió la adicción a internet como “una dependencia psicológica de Internet, independientemente del tipo de actividad una vez que haya iniciado sesión” (Chou et al., 2005). La adicción al Internet también se ve definida como un uso desadaptativo del Internet (Ko et al., 2010). La naturaleza de la adicción a

internet es controvertida. Se ha clasificado como una adicción conductual (Holden, 2001) o un trastorno de control de impulsos (Sadock y Sadock, 2007).

Otros investigadores se refieren a la adicción al Internet como adicción tecnológica. Estas adicciones tecnológicas se definen como acciones conductuales (no químicas) que involucra la interacción entre hombre-máquina, y se manifiestan como un sub-conjunto de adicciones conductuales que presentan componentes centrales de la adicción, como, por ejemplo, cambios en el estado de ánimo, tolerancia, abstinencia, y conflicto de recaída. Este uso excesivo o adicción tecnológica puede ser patológico y adictivo (Widyanto & Griffiths, 2006).

La Adicción a Internet es catalogada como una dependencia psicológica caracterizada por un incremento en las actividades que se realizan por este medio, con malestar cuando la persona no está en línea, tolerancia y negación de su problemática (Bernes, 2011).

El Internet se ha convertido en una herramienta cada vez más utilizada por los jugadores (Spekman et al., 2013). El uso del Internet ha ido aumentando cada vez más durante los últimos años, y esto se ve reflejado en las escuelas, universidades y en la sociedad en general (Chou et al., 2005). Esto ha atraído una atención creciente en los medios populares y entre los investigadores, y

esta atención ha sido paralela al crecimiento en el acceso a computadores e internet (Shaw & Black, 2008).

Los síntomas de la adicción al Internet incluyen una preocupación e inversión de recursos, como tiempo, energía, dinero, etc. (Kandell, 1998). Los síntomas centrales de la adicción al Internet se superponen con los criterios para la dependencia de sustancias y la adicción a los videojuegos (Ko et al., 2010). La adicción al Internet puede tener impactos negativos en las áreas familiares (Young, s/f), social, ocupacional y académico, matrimonial e interpersonal de la persona que lo presenta (Tsai et al., 2009). Cuando el individuo no está en línea, experimenta sentimientos desagradables como ansiedad, depresión, vacío y soledad, estos sentimientos se alivian cuando se comienza a participar en comportamientos relacionados con el Internet (Kandell, 1998). Uno de los síntomas centrales es la persistencia de la conducta a pesar de los recurrentes problemas psicológicos o físicos causados por ella (Ko et al., 2010).

Los factores de riesgo físicos relacionados con la adicción al Internet son mínimos (Shaw & Black, 2008). Sin embargo, los síntomas psicológicos pueden acentuarse más que los físicos, y son considerados también como criterio diagnóstico. Pueden presentar preocupación por los juegos de internet, síntomas de abstinencia cuando no hay internet, tolerancia, fallos al controlar el uso del Internet, uso excesivo del Internet a pesar de que hay conocimiento



de problemas psicosociales negativos, pérdida de intereses y pasatiempos, usar el Internet como escape o para aliviar un estado de ánimo disfórico, engaños a familiares y terapeutas respecto a la cantidad de uso que se le da, y poner en peligro o haber perdido una relación interpersonal o de pareja significativa, trabajo o educativa debido al uso excesivo del Internet (King et al., 2013).

Es relevante mencionar que los jóvenes son compulsivos en su uso de internet y exhiben comportamientos adictivos muy similares a los relacionados con el alcoholismo, la adicción a sustancias y el juego patológico (Tsai et al., 2009).

Para muchas personas, el concepto de adicción a internet parece exagerado especialmente si sus conceptos y definiciones de adicción implican el consumo de drogas. A pesar de este predominio, ahora hay un movimiento creciente que considera una serie de comportamientos como potencialmente adictivos, incluidos muchos comportamientos que no implican la ingestión de una droga psicoactiva, por ejemplo, juegos de azar, juegos de computadora, ejercicio, sexo, etc. y ahora internet (Griffiths, 2000).

### **2.1.5 ¿Qué es el uso problemático del internet y los videojuegos?**

Los juegos de Internet son una actividad común entre sus usuarios, especialmente con respecto a un tipo específico de juego de Internet conocido como multijugador en línea (Peters & Malesky Jr, 2008). El uso excesivo de internet ha sido durante mucho tiempo una preocupación como comportamiento problemático de las interacciones humanas con las tecnologías de la información y la comunicación. Es por ello, que particularmente, entre los adolescentes, los estudios sugieren que el propósito más común era jugar (Lam, 2014).

Se ha argumentado que los juegos en línea pueden ser más problemáticos y adictivos que los que no requieren de uso de internet (Griffiths, 2004). Los signos adictivos se inspiraron en los síntomas clave del síndrome de dependencia descritos por la Organización Mundial de la Salud e incluyeron ansias, tolerancia, síntomas de abstinencia, pérdida de control, descuido de otras actividades y otras consecuencias negativas (Young, 2004).

Sin embargo, una crítica de los enfoques de diagnóstico actuales para el trastorno del juego patológico es que no toman en cuenta que la participación alta y repetida no es grave en sí (Deleuze et al., 2018). En este sentido, se ha sugerido el uso del término “problemático” en lugar de “adicción” para evitar

controversias actuales sobre si existen adicciones conductuales (Peters & Malesky Jr, 2008).

### **2.1.6 Diferencia entre el internet y los videojuegos**

La adicción a los videojuegos se define como un comportamiento disfuncional, recurrente y persistente que afecta el funcionamiento social, laboral y familiar, escolar y psicológico de una persona (Gentile et al, 2011). El uso de videojuegos no es esencialmente patológico, se considera disfuncional cuando afecta la funciones vitales y sociales de las personas (Zastrow, 2017). Mientras que la adicción a internet es controvertida, se clasifica como una adicción conductual (Holden, 2001) o un trastorno de control de impulsos (Sadock y Sadock, 2007). Y se define como un uso desadaptativo del Internet (Ko et al., 2010), por lo tanto, es una dependencia psicológica de internet, independientemente del tipo de actividad una vez que se haya iniciado sesión (Chou et al., 2005).

Sin embargo, hay similitudes ya que al igual que la adicción a los videojuegos, la adicción al internet puede tener impactos negativos en las áreas familiar (Young, s/f), social, ocupacional y académico, matrimonial e interpersonal de la persona que lo presenta (Tsai et al., 2009).

En ambos tipos de adicción, cuando no se está jugando, la persona experimenta sentimientos desagradables como ansiedad, depresión, vacío y soledad, y estos se alivian o desaparecen cuando se comienza a jugar o a usar el internet (Kandell, 1998). El juego y el uso del internet pueden aumentar cuando la persona atraviesa momentos o situaciones de estrés o depresión (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)).

### **2.1.7 ¿Qué es la tolerancia, abstinencia, y pérdida de control?**

La adicción, presenta componentes psicológicos, que coinciden con los criterios de dependencia de sustancias del DSM-IV (APA, 2000) y del CIE-10 (OMS, 1994) (Spekman et al., 2013). El uso excesivo de videojuegos en cuanto a estos componentes de la adicción no es diferente a la adicción al alcohol o drogas (Griffiths, 2000). Estos componentes han sido presentados como un modelo alternativo (Griffiths, 2005) que, adaptados a los videojuegos, incluyen: a) La prominencia, es cuando el videojuego se ha convertido en la actividad más importante en la vida de una persona, dominando sus pensamientos (preocupación y distorsión cognitiva). b) Los cambios de humor, se refiere a cambios en el humor de una persona que ocurren como resultado de no jugar. c) La tolerancia, necesidad de aumentar la intensidad o frecuencia de la conducta para lograr el efecto deseado. Goodman (1990), se refiere a un proceso mediante el cual se necesitan mayores cantidades de juego para

lograr la sensación de bienestar o placer (Griffiths, 1996). d) La abstinencia, se refiere a estados de ánimo aversivos o efectos físicos que ocurren cuando el juego se suspende o se reduce. e) La recaída, es la tendencia de la persona a repetir patrones anteriores e incluso patrones más extremos típicos del juego excesivo después de tiempos de moderación o abstinencia. f) El daño, son las consecuencias negativas del exceso de videojuegos, incluyendo angustia psicológica personal, así como conflictos con otras personas (familiares o amigos), u otras actividades como el trabajo, la escuela, vida social (King et al., 2013). Se refiere a los conflictos entre el usuario de Internet y quienes lo rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, aficiones e intereses) o dentro del propio individuo (conflicto intrapsíquico y/o sentimientos subjetivos de pérdida de control) que se relacionan con dedicar demasiado tiempo al uso de Internet (Griffiths, 2000).

Se hace referencia a la tolerancia debido a la necesidad de recurrir a cantidades cada vez mayores de la sustancia para alcanzar el mismo efecto deseado. También hay tolerancia cuando con las mismas dosis existe una notable disminución de los efectos de la sustancia con su consumo continuado (Goodman, 1990).

Cuando se habla de tolerancia con respecto a la adicción a los videojuegos, se puede considerar que es el proceso a través del cual se vuelve necesario aumentar el tiempo de exposición o consumo del mismo, para obtener los mismos efectos de modificación del estado de ánimo que sucedían al principio. Esto significa, que alguien que esté enganchado a los videojuegos aumentará gradualmente la cantidad de tiempo invertida jugando, implicándose aún más en este comportamiento.

En cuanto a los síntomas de abstinencia, estos se refieren al estado desadaptativo, displacentero que ocurre cuando disminuye la concentración en la sangre de una sustancia, en un sujeto que ha mantenido un consumo prolongado y/o en grandes cantidades. Después de la aparición de los síntomas de la abstinencia, el sujeto repite el consumo de la sustancia para paliar estos y eliminarlos (Griffiths, 2005).

Estos síntomas pueden ser psicológicos (síndromes ansiosos o depresivos), y físicos (dolores de cabeza, temblores, túnel carpiano, resequedad de los ojos, malestar en general) que son los que muchas veces van a suponer recaídas en el consumo.

En cuanto a la adicción a los videojuegos, la abstinencia se presenta en síntomas con y/o sentimientos físicos y psicológicos desagradables que ocurren cuando el juego se interrumpe o se reduce de repente. Por ejemplo: agitación, mal humor, irritabilidad, etc. Uno de los principales síntomas que

caracteriza cualquier adicción es la abstinencia, que aparece cuando se impide al sujeto acceder a la sustancia o ejecutar el comportamiento que es objeto del deseo, en este caso, los videojuegos. Otros síntomas hallados fueron: sensación de pérdida de control, uso continuado a pesar de las consecuencias negativas, disminución de otras actividades, preocupación, ansias y poner en peligro sus estudios y/o amistades.

Entre otras características importantes a considerar dentro del contexto de la adicción son la pérdida de control, el tiempo de exposición y los problemas sociales.

La pérdida de control significa que cuando una pequeña cantidad de alcohol ingresa al organismo, se establece una demanda de más alcohol que el bebedor siente como una demanda física. Este deseo compulsivo de beber anula cualquier control cognitivo o voluntario; es la pérdida total del control voluntario (Marlatt, 1978). Jellinek (1952) definió originalmente la pérdida de control en el contexto del alcoholismo, de modo que se decía que la ingestión de una cantidad suficiente de alcohol inducía una "reacción en cadena que el bebedor siente como una demanda física de alcohol". Es decir, refiere a una incapacidad relativa para dejar de beber una vez que había comenzado a beber, lo que resultaba en un episodio de "borrachera" (Lyvers, 2000).

La pérdida de control abarca la incapacidad para terminar con el consumo una vez iniciado (a menudo conduciendo a atracones hasta el punto de incapacidad o agotamiento) y abstenerse de consumir sustancias después de un período de abstinencia (Lyvers, 2000).

Un punto muy importante relacionado con las críticas al concepto de pérdida de control es que la mayoría de las personas con adicción parecen mostrar una pérdida de control sólo de forma intermitente; no están absolutamente fuera de control en todo momento y en todas las circunstancias (Lyvers, 2000). En otras palabras, la pérdida de control en la adicción es relativa, no absoluta.

En relación a la adicción a los videojuegos, la pérdida de control se refiere a la situación en que la persona es incapaz de controlar su conducta hacia el videojuego y no puede poner límite al tiempo que invierte en esa actividad durante el día o la semana. La OMS describe la adicción a los videojuegos como “un trastorno que se caracteriza por un cuadro de uso de videojuegos o juegos digitales de forma persistente o recurrente, tanto online (a través de Internet) como offline”. El cuadro se manifiesta por una pérdida de control sobre el uso del videojuegos, como cuándo y cuánto se juega, la hora de inicio y fin, la frecuencia, la intensidad o el contexto. También, explica la OMS, que al dar prioridad al uso de videojuegos respecto a otros intereses y actividades



cotidianas, a pesar las consecuencias negativas que puede traer, este comportamiento adictivo contribuye de forma severa a un deterioro significativo del desarrollo y las relaciones en los ámbitos personales, familiares, sociales, educativos y profesionales, u otras áreas importantes.

### **2.1.8 Tiempo de exposición y “*craving*”**

“*Craving*” se entiende como la sensación de necesidad urgente de realizar una determinada actividad, cuya ausencia genera ansiedad. El “*craving*” por drogas ha sido conceptualizado como “querencia” o apetencia por reexperimentar los efectos de una droga, como un fuerte deseo subjetivo, como un deseo o ansia irresistible, como un pensamiento obsesivo, como la búsqueda de alivio ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, como un incentivo motivacional para la autoadministración de drogas, como expectativas hacia los efectos positivos, o como proceso cognitivo no automático (Jiménez et al, 2003).

Aunque resulta difícil encontrar una definición única de “*craving*”, se adopta, al menos de forma provisional, la propuesta por el grupo de consenso europeo (Plinius Maior Society) que lo define como un estado emocional y motivacional de sentimientos subjetivos de deseo o necesidad de consumir sustancias psicoactivas (Jiménez et al, 2002).

Mardones (1955) define el ansia o "*craving*" como "un deseo urgente y abrumador de consumir o realizar la actividad adictiva. La urgencia del deseo es una condición pasiva que es percibida por el individuo, y abrumadora" (Marlatt, 1978). Se ha argumentado que el término ansia o "*craving*" debe reservarse para estados de deseo extremo (Franken, 2003).

Se postulan dos tipos de ansias o "*craving*". El primero es un deseo "físico" que se presenta en personas que han estado consumiendo cantidades excesivas de alcohol durante largos períodos de tiempo y se manifiesta por síntomas de abstinencia de alcohol. Se cree que este tipo de ansia o "*craving*" se debe a alteraciones fisiológicas, cuyos mecanismos aún no se comprenden. Se cree que el segundo tipo de ansia o "*craving*" explica el abuso inicial de alcohol y la recaída después de la abstinencia. Se postula que este segundo tipo es principalmente de origen psicológico (Marlatt, 1978).

En resumen, y como concluyen Jiménez y colaboradores, el "*craving*" puede reflejar diferentes aspectos del consumo, como reforzamiento, dependencia, tolerancia y abstinencia aguda o crónica, y puede depender tanto de cogniciones como del comportamiento observable, ser desencadenado por la presencia de estímulos relacionados con el alcohol, estímulos interoceptivos o estados internos, y situaciones previamente asociados con el consumo (Jiménez et al, 2002).

Tiempo de exposición: Griffiths (2010) ha demostrado que el tiempo dedicado a los videojuegos no es necesariamente un indicador de juego problemático y ese contexto es crítico cuando se usa el tiempo como criterio para el juego adictivo (King et al., 2013).

### **2.1.9 Problemas sociales e incumplimiento de obligaciones**

La adicción en general, es una enfermedad que también impacta al sistema familiar y en el funcionamiento psicosocial del paciente, junto con sus compromisos de tipo cotidiano como laboral y profesional. En este sentido, las principales consecuencias de la adicción a los videojuegos se relacionan a problemas personales como: a) Perturbación de la organización temporal diaria (horarios de trabajo o de estudio). b) Interferencia con otras actividades. c) Reducción de las relaciones interpersonales. d) Problemas y discusiones familiares o de pareja. e) Disminución del rendimiento académico o personal. f) Abandono de otros pasatiempos. g) Aislamiento social (Meinel, 1983).

Todo esto conlleva a que se presenten otras consecuencias que acentúan la dependencia, aunque las personas en los videojuegos en línea pueden compartir dichas actividades con otros jugadores o crear un vínculo con un grupo de personas para compartir la acción de jugar, la dedicación permanente a jugar, limita al paciente de tener otras amistades, compartir otras actividades

familiares y laborales (escolares), lo que conlleva a tener sensaciones de soledad, las cuales refuerzan el uso de los videojuegos. Así mismo, cuando se comienza una visión del mundo que gira alrededor de los videojuegos, lo cual no es compartido por el resto de las personas, se comienza una actitud de aislamiento, que poco a poco, tiende a caer en estados depresivos, impulsividad y estrés, propios de un desorden emocional, causado por la disociación de la realidad.

El tiempo de exposición a los videojuegos, paulatinamente inicia un proceso de dependencia a esta actividad, para satisfacer un estado emocional. En este sentido, a medida que la adicción empeora, las personas con adicción a los videojuegos tienden a pasar más tiempo jugando y menos tiempo de calidad con amigos, familiares u otras personas importantes en su vida. La persona con diagnóstico de adicción a los videojuegos puede decir que tiene muchos amigos online, y experimentar soledad, depresión y aislamiento social debido a la falta de contacto personal o físico con los demás (Davis, 2001).

Se ha considerado, que en algunos casos hay ciertas características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones, incluyendo a los videojuegos, agregado a ciertas condiciones familiares, que más allá de ser consecuencias de la adicción, pueden ser una causa, ya que en algunos casos las malas relaciones

familiares pueden aumentar la probabilidad de desarrollar adicción. Una persona con adicción puede sentir que algunos familiares están tratando de interferir en su vida cuando muestran preocupación por el juego y volverse agresivo, ya sea verbal o físicamente. Por lo tanto, estas personas tienden a descuidar otras actividades importantes, como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud (Young, 1998).

Los principales síntomas de la adicción a los videojuegos son, dejar de lado otras actividades, ya sean sociales, familiares o profesionales, para quedarse en cada y pasar horas jugando, es uno de los síntomas más habituales entre las personas que presentan adicción a los videojuegos. Suelen convertir el juego en una prioridad, ya sea a través del ordenador o de la consola. También lo es no controlar cuánto tiempo se pasa delante de la pantalla, lo que se conoce como “quedarse atrapado” durante horas hasta perder la noción del tiempo (Young, 1998).

## **2.2 IMPULSIVIDAD**

### **2.2.1 ¿Qué es la impulsividad?**

La impulsividad se puede definir como la tendencia a actuar sin previsión (Robinson & Berridge, 1993), son esas reacciones rápidas e inmediatas que no están planificadas, sin importar las consecuencias (Meule, 2013). Este

concepto consta de dichas acciones que se hacen de manera previa y prematura, mal concebidas, que puede llevar a un resultado no deseado (Evenden,1999). Es un rasgo característico de personas que prefieren una recompensa inmediata a una no inmediata (Arce & Santisteban, 2006), y de quienes se dejan llevar por sus impulsos y actúan de manera irreflexiva (Lee et al., 2012).

La impulsividad es valiosa para tomar decisiones rápidas en los momentos oportunos. Los componentes de la impulsividad incluyen la atención, la supresión de respuestas, la mala evaluación de las consecuencias y/o la incapacidad de renunciar a las pequeñas recompensas inmediatas en favor de mayores recompensas retrasadas (Crews & Boettiger, 2009).

En la actualidad, la impulsividad se considera de gran importancia, tanto individual como socialmente, ya que guarda relación con diversos comportamientos que tienen cierto impacto a nivel social como la conducta criminal, el abuso de sustancias, el abuso sexual, la agresión, entre otros. Es importante destacar, que la impulsividad, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2000), aparece como criterio de diagnóstico de múltiples trastornos como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial y trastornos de déficit

atencional (Lee et al., 2012). La falta de planificación o previsión, perseverancia reducida y búsqueda de experiencias novedosas (Lee et al., 2012), son características que se encuentran dentro de las definiciones de impulsividad.

Se ha identificado que las definiciones de impulsividad tienden a enfatizar conceptos de actuar con falta de previsión, toma de decisiones rápida, no planificación, asunción de riesgos y búsqueda de sensaciones, activación motora, falta de deliberación (Nower y Blaszczynski, 2006). Moeller y col. (2001) sugieren que estas definiciones se pueden resumir en tres elementos: (a) menor sensibilidad a las consecuencias negativas de la conducta; (b) reacciones rápidas y no planificadas a los estímulos antes del procesamiento completo de la información; y (c) falta de consideración por las consecuencias a largo plazo.

### **2.2.2 Modelo de Barratt (impulsividad motora, atencional y no planeado).**

Según Barrat (1983), la impulsividad puede ser considerada como una dimensión principal de la personalidad que se encuentra relacionada con la búsqueda de sensaciones y la hipomanía. Está constituida por tres factores: la impulsividad motora, impulsividad cognitiva y la impulsividad no planificada. La impulsividad motora, consiste en actuar sin previa meditación. La impulsividad cognitiva, radica en la toma de decisiones rápidas. Y, por último,

la impulsividad no planificadora se identifica por la predisposición a no planificar, el sujeto suele demostrar mayor interés en el presente que en la planificación del futuro (Barratt, 1983).

La definición de impulsividad de este autor, puede estar relacionada con la dimensión de extraversión de Eysenck (1977) que la entiende como una dimensión bipolar ya que en un extremo se encuentra la introversión, y en el otro la extraversión, comprendida por aquellos individuos sociales, comunicativos, desinhibidos, activos, etc.; con la búsqueda de sensaciones y la hipomanía. Además, con respecto a las diferencias impulsivas individuales, Barrat (1983) sostiene que cada individuo posee un tiempo cognitivo determinado, de esta manera, los sujetos con altos niveles de impulsividad se muestran menos eficaces en tareas que precisan respuestas rítmicas o un tiempo de reacción determinado ya que se les dificulta mantener un cierto tiempo o frecuencia (Barrat, 1983, citado por Amador, 2018)

Barratt (1985) también estudió la relación entre sus tres factores presentados para la impulsividad (impulsividad motora, cognitiva y no planificado) y los tipos de impulsividad presentados por Eysenck (1977), concluyendo que los tres elementos de impulsividad de Barratt se relacionaban con la impulsividad estricta, pero no con el atrevimiento (Barrat, 1985, citado por Amador, 2018).



La impulsividad es un rasgo que a menudo se ha relacionado con el comportamiento adictivo (Lee et al., 2012). Marco y Cholí (2012), hablan de adicciones tecnológicas, entre las cuales se encuentra la adicción al internet y a los videojuegos. Indican que dichas adicciones tienen ciertas consecuencias en la vida diaria de los sujetos que son usuarios de estas plataformas tales como desinterés por otras actividades de ocio o la interferencia en aspectos de la vida. También se ajustan a lo propuesto por Letona (2012), y Tejeiro, Pellegrina y Vallecillo (2009) al suponer que los videojuegos no causan adicción por sí mismos, pero sí que poseen ciertas características que predisponen esto.

Con respecto a la impulsividad en la adicción a Internet, (Cao et al.) examinó la relación entre la impulsividad y la adicción a Internet entre los adolescentes chinos. Los autores demostraron que el grupo de adicción a Internet era más impulsivo que el grupo de control, según lo medido tanto por la Escala de Impulsividad de Barratt 11 (BIS-11) (Lee et al., 2012).

## **2.3 SÍNTOMAS INTERNALIZANTES**

### **2.3.1 ¿Qué es la ansiedad?**

La ansiedad es un afecto relacionado con el miedo, que no obedece a un estímulo amenazante externo, sino a un temor procedente de la interioridad

psíquica. Son respuestas instintivas acompañadas por percepciones somáticas correspondientes; en los seres humanos están asociados con cogniciones ajustadas y proporcionales al estímulo provocador; sin embargo, por razones desconocidas, algunas personas perciben de manera alterada, persistente y estereotipada la emoción y los cambios somáticos, y la acompañan de cogniciones catastróficas (Carlos Alberto Filizzola Donado, *Psiquiatría Clínica*, 2018).

La ansiedad también se define como la anticipación a una amenaza futura (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*). Sin embargo, se diferencia del miedo ya que la respuesta emocional de la ansiedad es hacia una amenaza externa real o percibida (Crocq, 2015). En este sentido, la diferencia es que se producen ante situaciones o estímulos diferentes. El miedo está provocado por estímulos peligrosos, que hacen temer por la vida. La ansiedad, sin embargo, se produce ante una situación que supone una amenaza para los intereses de una persona, su imagen social, etc.

Según la literatura en el área de la psicología, existen dos tipos de ansiedad, la normal y la patológica. La ansiedad normal, es la respuesta frente a percepciones de temor que aparece en las personas y la constituye una serie de comportamientos de preparación a la huida; en el humano, a la respuesta

instintiva se le agrega la cognición y la emoción, y se acompaña de los mismos cambios somáticos, autonómicos y endocrinos que preparan al individuo para huir. La ansiedad, al ser una emoción normal (Crocq, 2015), es un mecanismo adaptativo natural que permite que las personas se pongan en estado de alerta, concentrados y les promueve la supervivencia (Riveros et al., 2011). En la ansiedad patológica, la respuesta se vuelve inapropiada, porque persiste más allá del estímulo; así mismo, prima los cambios corporales sobre los emocionales, y comportamiento de huida exagerado y desproporcionado por estímulo de temor/preocupación que lo produjo (Carlos Alberto Filizzola Donado, *Psiquiatría Clínica*, 2018).

En general, la ansiedad se asocia con la mortalidad y puede ser predictor de consecuencias negativas para la salud. Es más común en adultos jóvenes, el temperamento ansioso y la ansiedad clínica, cuando es observada en edades tempranas pueden traer como consecuencias trastornos de ansiedad, depresión, consumo de sustancias y problemas de salud física (Goodwin et al., 2020). Esto puede relacionarse a múltiples factores como la incertidumbre al futuro, la formación de la personalidad, la presión social sobre el proyecto de vida, entre otros factores propios de la etapa de desarrollo.

En la mayoría de los casos, cuando la ansiedad se convierte en patológica, presenta una serie de malestares somáticos, como frío en el estómago, boca

seca, manos sudorosas, palpitaciones, atención en aumento por lo que pasa a su alrededor, tensión muscular, incapacidad de reaccionar, todo vinculado a una sensación desagradable de la cual, si fuera posible, la persona desearía escapar (Milena et al., 2007). En resumen, el mencionado autor, identifica la ansiedad como el conjunto de respuestas emitidas por diferentes especies frente a un peligro real o potencial. Este estado aparece cuando se detecta un peligro o amenaza o ante la presencia de estímulos ambiguos, innatos o aprendidos. Así, un determinado nivel de ansiedad puede ser beneficioso en el ser humano, ya que es un proceso fundamental de protección contra peligros físicos y sociales.

### **2.3.2 ¿Qué es la depresión?**

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general, el paciente se ve triste, y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, está desganado y con baja energía (hipoérgico). La prevalencia de depresión es aún más alta en pacientes que sufren enfermedades médicas (Uribe-Restrepo, Gómez-Restrepo, Azate García, 2018). Por lo tanto, forma parte de los sentimientos que experimentan las personas ante diferentes situaciones de vida, y puede ser involuntario, por lo cual forma parte de las conductas propias del ser

humano, sin embargo, la preocupación clínica surge en el tiempo que la persona se mantiene en este estado emocional.

Menciona Barquín (2013) que las personas deprimidas, por ejemplo, reciben selectivamente y magnifican la información negativa, mientras que ignoran o minimizan la información positiva; los errores y fallos se personalizan y los defectos negativos se exageran y sobregeneralizan. Por lo tanto, para la American Psychiatric Association (2013), la depresión es un trastorno mental caracterizado centralmente por la presencia estable de un estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés. Esto, a su vez, se relaciona con la vivencia de la tristeza, una emoción adecuada que surge cuando un individuo se enfrenta a un hecho adverso e inmodificable (Hernández et al., 2019).

Según Barquín (2013) estos se pueden identificar de la siguiente manera: a) estado de ánimo, el paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca, b) pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer, el paciente ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan, c) sentimientos de culpa, este tipo de síntoma es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos por cosas o situaciones que

hicieron o dejaron de hacer en el pasado, d) ideación suicida, las personas con depresión cometen acto de suicidio con una alta frecuencia, e) disminución de energía, el paciente refiere que tiene gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo (Barquín et al., 2013).

Es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la depresión es la primera causa de deterioro de salud mental y afecta a 121 millones de personas en el mundo (World Health organization, 2007). La depresión se trata como un problema psicológico y social, caracterizado por un sentimiento de malestar afectivo y físico. Desde un enfoque clínico, se define como un trastorno de personalidad de carácter afectivo, mientras que, desde un enfoque conductual, se define como la falta de refuerzo.

La teoría cognitiva define la depresión como el resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando al individuo de forma negativa (Álvaro-Estramiana, 2010). Estas consideraciones, hacen plantear esta condición como un estado que afecta diversas áreas de individuo y puede ser visto desde diferentes puntos que conforman la personalidad.

Se puede adicionar, que la depresión es un trastorno de alteraciones de la regulación de las emociones. Se trata de un problema psicológico, porque es la persona quien la sufre, y un problema social porque es en el contexto social del individuo donde la depresión cobra sentido. Según Álvaro-Estramiana (2010), se considera como aquel estado afectivo negativo que vendría caracterizado por manifestaciones de tristeza, desmoralización, aislamiento, desesperanza, fracaso y pensamientos de suicidio, mientras que el malestar físico haría referencia a problemas como la falta de apetito, la pérdida de peso, las dificultades para conciliar el sueño, el agotamiento, entre otros.

Autores como Riveros (2011) la consideran como uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general, actualmente existe una codependencia entre la depresión y ansiedad. La depresión se incluye en el grupo de los trastornos afectivos, dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no sólo la tristeza sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes los rodean (Riveros et al., 2011).

En este sentido, se ha convertido en una de las enfermedades más difundidas en la actualidad, que perturba tanto a las personas adultas como a los jóvenes, quienes, agobiados por expectativas personales, familiares y sociales,

resultan gravemente afectados, ya que éstas los obligan a enfrentarse a agresivos retos de competitividad (Barquín et al., 2013).

De acuerdo a otros autores, la depresión se puede clasificar haciendo mayor hincapié en conocer si la enfermedad está o no relacionada con otras entidades, o si cumple o no ciertos requisitos, como síntomas, signos, gravedad y tiempo de solución (Riveros et al., 2011), se encuentra: a) Depresiones primarias, son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica, b) Depresiones secundarias, son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas. Es indispensable identificar el trastorno original que las provocó (Riveros et al., 2011).

De hecho, los teóricos han sugerido que las personas vulnerables y no vulnerables a la depresión no difieren principalmente en su respuesta inicial a un evento negativo, sino en su capacidad para recuperarse del afecto negativo (Joormann y Gotlib, 2010). Como conducta natural del ser humano, en la manifestación de sus emociones, la diferencia entre estar triste y la depresión radica en la superación de este estado negativo por parte del individuo. Los criterios de diagnóstico varían, aunque generalmente incluyen la presencia de síntomas, la duración de los mismos y una actividad disfuncional en diversas áreas sociales como el trabajo, las relaciones interpersonales, familiares, etc (Álvaro-Estramiana, 2010).



Después de las enfermedades cardíacas, la depresión representa en la actualidad la mayor carga de salud, con sus implicaciones económicas, políticas y familiares principalmente. Y un sentido más común o más popular, se identifica como un síntoma anímico, aunque también puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas aunados al del bajo estado de ánimo, los típicos síntomas acompañantes son insomnio, falta de apetito, pérdida de peso, entre otros; y en su sentido más restrictivo, “lo que entendemos como trastorno depresivo no es sólo un síndrome depresivo sino un cuadro clínico completo con una duración determinada, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico” (Barquín et al., 2013).

Estas consideraciones, hacen plantear esta condición como un estado que afecta diversas áreas del individuo y puede ser visto desde diferentes puntos que conforman la personalidad.

### **2.3.3 ¿Qué es el estrés?**

El estrés puede ser definido como el conjunto de demandas sociales y presiones del medio que sobrepasan la capacidad del individuo para ajustarse a las mismas (Álvaro-Estramiana et al., 2010). Según el mencionado autor, en este modelo, el efecto de los estresores depende no sólo de la evaluación que hace el individuo del medio, sino también de los recursos de adaptación de los que pueda disponer.

Para autores como Taylor (2010) el estrés se define como una experiencia emocional negativa acompañada de cambios bioquímicos, fisiológicos, cognitivos y de comportamiento predecibles que están dirigidos a alterar el evento estresante o adaptarse a sus efectos. Para el autor, el estrés está condicionado por la experiencia emocionalmente negativa y la capacidad de adaptarse a ellos (Taylor, 2010).

Este término se ha utilizado para describir diferentes constructos: a) estresores externos; b) demanda del medio ambiente tal como la percibe el individuo; y c) una respuesta fisiológica a situaciones amenazadoras (Bovier et al., 2004). En este concepto se exponen otros factores importantes como el medio ambiente que es percibido por la persona y su respuesta fisiológica ante las diferentes situaciones amenazadoras, las cuales pudieran ser distintas de persona a persona.

En este sentido, se puede considerar que el estrés percibido por el individuo, se define como sentimientos de imprevisibilidad en la situación de la vida de uno, sentirse incapaz de manejar los desafíos cotidianos y sentir que los problemas de uno se siguen acumulando. El estrés elevado y prolongado percibido puede manifestarse en una variedad de síntomas, que incluyen ansiedad, síntomas depresivos y fatiga. Estos síntomas relacionados con el estrés también pueden obstaculizar la interacción social. Un estudio de

revisión ha sugerido que las personas con síntomas depresivos sufren de un funcionamiento social reducido, como un control deficiente de sus sentimientos, una capacidad reducida para concentrarse en el tema de conversación, un mayor enfoque en sí mismos y menos sonrisas durante la interacción social. Dado que el estrés percibido y los síntomas depresivos están estrechamente relacionados, algunos de los mismos mecanismos también pueden ocurrir en relación con el estrés, lo que posiblemente lleve a la separación de los compañeros (Dissing et al., 2019). Es una condición psicológica a la que casi todas las personas están expuestas y es difícil de identificar. Y se manifiesta como respuesta a los eventos que las personas están expuestas (Selye, 1976). Por lo tanto, los significados que un individuo atribuye a estos eventos o situaciones proporcionan la base para la formación del estrés (Folkman, 2013). En otras palabras, el estrés son los intentos fisiológicos y psicológicos de hacer frente a los desafíos de los factores estresantes de la vida (Çikrikçi, 2019).

Otros autores, lo definen como sentimientos de ansiedad y amenaza que los individuos experimentan cuando enfrentan dificultades psicológicas y físicas (Song & Park, 2019). Por lo tanto, es una condición en la que un individuo se excita y se pone ansioso por un desafío aversivo incontrolable, por ejemplo, atrapado en un tráfico denso en una autopista, un empleador hostil, facturas impagas o un depredador. El estrés conduce a una sensación de miedo y

ansiedad. Dependiendo de las circunstancias, la respuesta de miedo puede llevar a luchar o huir. La magnitud del estrés y sus consecuencias fisiológicas están influenciadas por la percepción que tiene el individuo de su capacidad para afrontar el factor estresante (Fink, 2016).

En función a su carácter subjetivo, el estrés es difícil de delimitar. Como opinó Hans Selye (el a menudo llamado "Padre del estrés"), "Todo el mundo sabe lo que es el estrés, pero nadie lo sabe realmente". Entre tanto, la definición de Selye es la más generica, considerando que "Es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda". Esta definición y los conceptos relacionados con el estrés de Selye tenían varios detractores que él refutaba sistemáticamente.

Fink (2016) detalla otras definiciones. Las cuales incluyen lo siguiente: a) "Percepción de amenaza, con la consiguiente ansiedad, malestar, tensión emocional y dificultad para adaptarse", b) "El estrés se produce cuando las demandas ambientales superan la percepción que uno tiene de la capacidad de afrontarlo", c) En la situación de grupo, la falta de estructura o la pérdida de anclaje "dificulta o imposibilita al grupo hacer frente a los requisitos de la situación. Falta el liderazgo y es necesario para hacer frente a las demandas de la situación" (Fink, 2016).

**2.3.4. ¿Qué relación tienen estos síntomas internalizantes con la adicción, con la adicción a la Internet, y con la adicción a los videojuegos?**

#### **2.3.4.1 Ansiedad en la adicción, al internet y a los videojuegos:**

La ansiedad social es una condición en la que un individuo duda en hablar frente a una sociedad, en reunirse con una persona nueva o ser presentado a una persona, se preocupa cuando necesita hablar con una persona autorizada, e incluso el individuo se ve perturbado por el pensamiento sobre estas situaciones (Baltaci, 2010; Baltaci & Hamarta, 2013). Esta se encuentra relacionada con conductas adictivas, incluyendo el uso de sustancias, juego patológico y uso excesivo del Internet (Remes et al., 2016). Caplan (2007) explica esta situación con el término privacidad, que es una de las características fundamentales de internet. Se destaca que la ansiedad social está relacionada con la adicción a Internet, el uso problemático de Internet y la adicción a las redes sociales (Doğan & Tosun, 2016; Ko, et al., 2012; Rosenthal, 2009; Yen, et al., 2012; Yılmaz, Şar Y Civan, 2015). Por lo tanto, se cree que la ansiedad social es un predictor importante de la adicción a las redes sociales (Baltaci, 2019).

Las personas que tienen dificultades para expresarse en entornos sociales se expresan con mayor facilidad en Internet. Se ve que los jóvenes tienden a evitar entornos socialmente preocupantes y tratan de existir en las redes sociales (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Por lo tanto, se ha reflejado en las investigaciones recientes que las personas con ansiedad social utilizan Internet para la interacción social (Baltaci, 2019). Un metanálisis evaluó once

muestras comunitarias de personas que hacen uso patológico de los videojuegos, informó que la prevalencia de trastornos de ansiedad era del 37.4% (Lorains et al. 2011). En este sentido, la prevalencia de la ansiedad en el contexto de la adicción a Internet es menor y provienen principalmente de estudios realizados en países asiáticos.

En cuanto a la adicción al Internet, se ha asociado con altas tasas de trastornos psiquiátricos comórbidos y una mayor incidencia de psicopatología, por ejemplo: depresión, ansiedad y angustia psicosocial (Chen et al., 2019).

También, un número creciente de investigadores ha examinado la correlación negativa entre las relaciones interpersonales y el uso de Internet. Las personas que sienten ansiedad extrema por establecer relaciones interpersonales reales, pueden utilizar Internet como sustituto de los contactos sociales del mundo real (Lo et al., 2005). Según este autor, los juegos en línea igualmente, incorporan la mayoría de las características de las funciones de comunicación de Internet. Los jugadores interactúan con otros de forma anónima e instantánea, e incluso forman relaciones interpersonales virtuales y organizan comunidades virtuales, según el mencionado autor.

En razón a ello, los juegos en línea tienen varias características que atraen a un gran número de jugadores. Los usuarios pueden construir sus propias

organizaciones virtuales y crear facciones, organizaciones y equipos individuales basados en creencias, objetivos, preferencias u otros factores compartidos. Los miembros del grupo cooperan para completar las tareas del juego, intercambiar activos virtuales, desarrollar relaciones sólidas y fortalecer los lazos sociales. Todo esto se puede hacer de forma anónima, sin temor a ser evaluados y / o aprobados por otros. En este sentido, las características distintivas como el atractivo físico, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la clase social y otros factores personales pierden su significado en los juegos en línea. Inclusive, las relaciones interpersonales rotas en el mundo virtual de los juegos en línea pueden dejarse de lado e ignorarse iniciando sesión con un nombre diferente y una nueva identidad (Lo, 2005)

McKenna y Bargh, los creadores de una medida de habilidades de autoexpresión social llamada el "yo real", han sugerido que los individuos que tratan de establecer relaciones cercanas y significativas en el ciberespacio están mediados por la ubicación de su "yo real" en el Internet y el "mundo real". Estas personas no pueden expresar su verdadero yo en entornos del mundo real, lo que desencadena la ansiedad social. Por lo tanto, las interacciones en Internet sirven como mecanismo de defensa psicológica para reducir temporalmente esa ansiedad (Lo et al., 2005).

Los individuos que muestran una alexitimia significativa en la adolescencia suelen tener dificultades para socializar y, por tanto, sienten malestar en

situaciones sociales, lo que puede hacerlos más susceptibles a la ansiedad social (Kaur & Kaur, 2015). Las personas socialmente ansiosas pueden preferir la comunicación a través de Internet en lugar de la comunicación cara a cara (Buyukbayraktar, 2020).

Sin embargo, la frecuencia de uso de Internet tiene efectos negativos sobre la frecuencia de comunicación con los demás y la interacción social (Nie, 2001). En este sentido, las limitaciones que las personas consideran que poseen en el mundo real para establecer relaciones positivas con los demás, se ve disminuida en el ciberespacio, ya que suele haber una desinhibición producto del anonimato. Igualmente, las personas con ansiedad social pueden encontrar más fácil interactuar en línea en lugar de interacciones cara a cara, por temor a las observaciones o evaluaciones negativas de los otros (Buyukbayraktar, 2020).

#### **2.3.4.2 Depresión en la adicción a internet y los videojuegos:**

En cuanto a la relación entre la adicción a Internet y la depresión, algunos estudios previos han informado que las personas con depresión u otros problemas de salud mental son susceptibles a la adicción a los juegos y a los teléfonos móviles (Choo et al., 2010; Elhai et al., 2017), mientras que otros estudios han informado que la depresión es un factor importante en la susceptibilidad a la adicción a Internet (Seki et al., 2019).



También se destacan la comorbilidad de la adicción a Internet con graves problemas de salud mental, entre los que la depresión es uno de los más frecuentes (Carli et al., 2013). Hay varios síntomas de depresión, como insomnio o hipersomnia, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o pensamientos recurrentes de muerte (American Psychiatric Association, 2013). Aquellos que sufrían de depresión, tenían baja autoestima o sentían una gran necesidad de aceptación eran más vulnerables a la adicción a Internet (Young y Rogers, 1998 citado en Przepiorka et al., 2019).

Siendo la depresión un predictor positivo significativo de adicción al internet. Como en estudios anteriores, se encuentra que Internet podría ser una herramienta para aliviar la depresión y reducir el estrés de sus usuarios (Blachnio et al., 2015; Tsai y Lin, 2003). Aquellos que sufren de depresión pueden hacer frente a un estado de ánimo negativo a través del uso excesivo de Internet (Yen et al., 2011 citado en Przepiorka et al., 2019).

De particular interés es que la adicción al internet también se asocia de manera confiable con la depresión en adolescentes y estudiantes universitarios (Orsal, Orsal, Unsal y Ozalp, 2012, Yadav, et al., 2013, Strittmatter, et al., 2016; Chen y Lin, 2016 ; Liang, Zhou, Yuan, Shao y Bian, 2016; Fumero, Marrero, Voltes y Peñate, 2018), una entidad psicopatológica considerada como la tercera causa de enfermedad y discapacidad en adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 2018 citado en Hernández et al., 2019).

Otra posible explicación de esta relación es que Internet también se puede utilizar para procrastinar, que es el retraso de un curso de acción previsto a pesar de la posibilidad de consecuencias negativas como resultado de la procrastinación (Steel, 2007). La procrastinación también se asocia con adicción al internet (Geng, Han, Gao, Jou y Huang, 2018; Davis, Flett y Besser, 2002, Thatcher, et al., 2007) y depresión (Uzun Ozer, O'Callaghan, Bokszczanin, Ederer Y Essau, 2014 citado en Hernández et al., 2019).

Según la hipótesis, la procrastinación a través de Internet interactuó significativamente con la sintomatología depresiva en la predicción de adicción al Internet, incluso cuando se controló por edad, sexo, alfabetización digital, tiempo promedio de uso de Internet y estrés percibido (Hernández et al., 2019).

La investigación de los predictores de la adicción a Internet, la depresión y el suicidio puede ayudar a prevenir estas afecciones y permitir la provisión de intervenciones (Chen et al., 2019).

Específicamente, las personas que necesitan sentirse más felices o mejor pueden percibir Internet como una solución a su angustia emocional y pueden aumentar la cantidad de tiempo que utilizan Internet como una forma de afrontar su actual estado negativo. Un individuo que está "atrapado" en el ciclo de uso continuo de Internet para aliviar las emociones negativas con

emociones positivas puede ignorar los cambios en los niveles de emociones tanto positivas como negativas que experimenta con el tiempo (Longstreet et al., 2019).

#### **2.3.4.3 Estrés en la adicción a internet y los videojuegos**

El estrés es un factor de riesgo importante relacionado con la adicción, incluido el abuso del alcohol (Cappell y Greeley 1987), Internet (Douglas et al. 2008) y las adicciones al juego (Krueger et al. 2005). Los pacientes con diagnóstico de adicción presentan un patrón obsesivo a la sustancia o comportamiento adictivo, como lo son el alcohol, las drogas, la televisión y el entretenimiento y los videojuegos, porque estos ayudan a reducir o eliminar el estrés diario (Lee 2003 citado en Song & Park, 2019).

El estrés se refiere a los problemas o tensiones que las personas encuentran a lo largo de la vida, y el afrontamiento se refiere a las respuestas conductuales o cognitivas que las personas utilizan para manejarlo (Hassanbeigi et al., 2013). Este puede afectar la salud al producir cambios en el comportamiento y hay evidencia de que, bajo altos niveles de estrés, el comportamiento que mejora la salud disminuye y el comportamiento que amenaza la salud, como el consumo de nicotina, alcohol y otras drogas, puede aumentar, por lo que es más probable que las personas se involucren en conductas que aumentan el riesgo de enfermedades y lesiones (Milgrom y Burrow, 2001).

Las personas que experimentan una mayor cantidad de factores estresantes pueden experimentar antojos porque el uso de sustancias se ha asociado con eventos estresantes menores de la vida, ya que estas personas han usado sustancias como un medio para hacer frente a estos eventos en el pasado. Una hipótesis alternativa es que las personas que informan haber experimentado un mayor número de factores estresantes menores también pueden experimentar antojos porque prestan una mayor atención a estos eventos estresantes, lo que influye en la cantidad de antojos que experimentan (Hassanbeigi et al., 2013).

## **2.4 SOLEDAD**

### **2.4.1. ¿Qué es la soledad?**

La mayoría de las definiciones de soledad enfatizan los déficits percibidos en las relaciones (Peplau y Perlman, 1982). Por ejemplo, Peplau y Perlman (1982) definen la soledad como una deficiencia en las relaciones sociales que se experimenta subjetivamente como desagradable, y se define la soledad como la ausencia percibida de relaciones sociales satisfactoria (Young, 1982 citado en Green, 2001).

La soledad también se ha definido como un sentimiento no deseado de falta de compañía y un deseo de interacción diferente al que se experimenta

(Francis, 1976). Younger (1995) señaló que la soledad es la sensación de estar solo a pesar del anhelo por los demás, mientras que Portnoff (1988) definió la soledad como la experiencia de aislamiento, desorientación o "pérdida" dentro de un dominio dimensional de significado. Ryan y Patterson (1987) señalaron que en la literatura contemporánea, la soledad se define como la experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente cualitativa o cuantitativamente. La soledad es una condición omnipresente, deprimente y debilitante que puede afectar toda la vida de uno (Killeen, 1998). Los solitarios lo describen como un "vacío" o un "sentimiento de vacío" (Austin, 1989). Además, Killeen (1998) sugiere que la soledad es única para cada individuo y la llamó "el concepto difícil de definir". El término soledad fue utilizado por primera vez por Sigmund Freud en 1939 para describir la estructura interna de la persona que podría cambiar por completo después de una experiencia de soledad. Años más tarde, Sullivan elaboró la descripción de Freud de la soledad; propuso que los humanos son animales sociales con una necesidad de contacto y que la soledad es el resultado de esta necesidad insatisfecha (Bekhet et al., 2008). La soledad se ha definido como un estado emocional en el que un individuo es consciente de la sensación de estar separado de otro u otros, junto con la experiencia de una vaga necesidad de individuos (Bekhet et al., 2008).

La soledad es un sentimiento indeseable asociado con el afecto negativo (Margalit, 1994). Los sentimientos de soledad pueden resultar de un deseo insatisfecho de tener amigos, una comprensión de la brecha entre un estado social real y deseado y una falta de vínculo afectivo (Bauminger & Kasari, 2000).

La soledad también es entendida como el deseo no conseguido de mantener una relación o relaciones interpersonales estrechas; como la discrepancia subjetiva entre los niveles de contactos sociales deseados y los obtenidos (Peplau y Perlman, 1982).

Generalmente, la soledad presenta tres aspectos importantes: 1) Refiere al déficit percibido por la persona, que puede ser cuantitativo (p.ej. no tengo amigos o no tengo los que quisiera) o cualitativo (p.ej. siento que mis relaciones son superficiales o no tan satisfactorias como quisiera). 2) Tiene un carácter subjetivo ya que es el propio individuo el que decide si su nivel de contacto social es satisfactorio o no. Una persona puede tener una rica red de relaciones familiares y sociales, y sentirse extremadamente sola, mientras que otra puede vivir aislada en una montaña y no experimentar este sentimiento. En este punto, el aislamiento se distingue de la soledad dado que la persona decide deliberadamente estar sola. 3) Finalmente, la soledad constituye una

vivencia o sentimiento negativo asociada a sentimientos de depresión, ansiedad, insatisfacción e infelicidad (Cutrona, 1982).

Young (1982) concibe a la soledad como la ausencia real o percibida de relaciones sociales satisfactorias, que pueden acompañarse de manifestaciones de distress psicológico. En función de la perspectiva temporal, de la duración de la soledad, identifica tres tipos: 1) la soledad crónica, dura años y la persona se siente incapaz de establecer relaciones sociales satisfactorias; 2) soledad situacional, vinculada generalmente a situaciones estresantes, como el divorcio o la muerte de la pareja, los padres o los hijos; 3) soledad transitoria, es la más común y se asocia con brotes breves del sentimiento de soledad.

Por su parte, Peplau y Perlman (1982) destacan tres características comunes a la soledad: 1) es el resultado de deficiencias en las relaciones interpersonales. 2) es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social. 3) es una experiencia estresante y displacentera.

Estos autores plantean que las características distintivas de las definiciones propuestas se derivan de la naturaleza de los déficits interpersonales, que pueden identificarse como carencias afectivas y cognoscitivas. Las primeras están asociadas a una necesidad de intimidad y/o apego, mientras que los

déficits cognoscitivos se relacionan con una percepción de estimulación social por debajo del nivel óptimo considerado por el individuo. En esta perspectiva, la soledad se situaría en un extremo del continuo de interacción social quedando en el extremo opuesto la invasión a la privacidad.

Las formulaciones teóricas de la soledad sugieren dos formas básicas, emocional y sociocognitiva (Weiss, 1973). La soledad emocional representa las respuestas subjetivas a la falta de vínculo afectivo con otros en particular, lo que lleva a la tristeza, el miedo, la inquietud y el vacío. La soledad sociocognitiva se basa en procesos cognitivos como la autoevaluación, la autopercepción y la comparación social. La soledad socio-cognitiva surge cuando los niños perciben su relación social como insatisfactoria, o cuando no tienen redes sociales o grupos de pares accesibles. A diferencia de la tristeza o el vacío que surgen de la soledad emocional, la soledad sociocognitiva da lugar a sentimientos de exclusión, sin sentido, marginalidad y aburrimiento (Bauminger & Kasari, 2000). Weiss (1973) postula la soledad como una respuesta a la ausencia de una provisión de relación particular, de naturaleza multidimensional. Sobre la base de una taxonomía de las relaciones que distingue entre relaciones de apego y de afiliación, en este caso, el autor distingue dos tipos de soledad: social y emocional.



#### **2.4.2. ¿Qué es la soledad social?**

La soledad social refiere a la carencia de relaciones de afiliación que, cuando existe, genera un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento, y la falta de pertenencia a un grupo o red social. Muchnik y Seidmann (1988) plantean que la soledad puede considerarse como la cara opuesta del apoyo social satisfactorio, es decir, es un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales. Indican que es posible formular una relación inversa entre la soledad y el tamaño de la red, la densidad, la interconexión de la red, la frecuencia de conductas de apoyo y el grado de satisfacción obtenido (Muchnik y Seidmann, 1998).

Esta situación, hace que la persona se refugie en actividades que le llenen ese vacío, dentro del cual el videojuego puede ser una de ellas. Ya que logra combatir el aburrimiento, hace que la personas se sientan parte de algo sin miedo a ser rechazado, sin presión social o necesidad de encajar.

#### **2.4.3 ¿Qué es la soledad emocional?**

La soledad emocional, en cambio, alude a la ausencia de relaciones de apego, es decir, a relaciones especialmente significativas para la persona, y que proporcionan una base segura. La ausencia de este tipo de relaciones se

asocia a sensaciones de vacío y al deseo de alguien especial con quien compartir la vida (Bowlby, 1982 en Yárnoz Yaben, 2008).

#### **2.4.4. Soledad y videojuegos:**

Las actividades en redes sociales y videojuegos en línea generan dependencia teniendo como consecuencia sentimientos asociados al miedo y a la soledad cuando no tienen actividades en estas plataformas (Dossey, 2014). La soledad es una emoción que se puede ver en casi todos los períodos de la vida de las personas. Los individuos sienten soledad cuando necesitan el apoyo de un grupo social en el que perciben seguridad, pero no pertenecen a ese grupo, o no son aceptados porque no tienen la madurez para establecer relaciones sociales adecuadas con los demás. La soledad es una indicación de que existen dificultades en las relaciones sociales de un individuo (Batigün, 2008). Primack (2017) define la soledad como un factor de riesgo para la adicción a las redes sociales. Por otro lado, Vendor (2018) afirmó que la adicción a las redes sociales y a los videojuegos causa soledad. Experimentar soledad y ansiedad social conducen a la adicción a Internet (Hardie & Tee, 2007) y a los videojuegos (Caplan, 2007). Los investigadores han encontrado que la adicción a Internet está relacionada con una alta soledad (aislamiento social), la fascinación por la tecnología informática y las posibilidades que ofrece Internet, así como con la introversión (Beard y Wolf, 2001; Koch y Pratarelli, 2004), baja emocionalidad (Leung, 2004), alta soledad (Morahan-Martin y

Schumacher, 2000), baja amabilidad y escrupulosidad (Landers y Lounsbury, 2006), alta orientación hacia los demás (Hamburger y Ben-Artzi, 2000), baja apertura a la experiencia, y baja orientación positiva (Przepiorka et al., 2019).

Es importante resaltar que la soledad tiene un carácter subjetivo ya que el propio individuo es el que decide si su nivel de contacto social es satisfactorio o no, o también si necesita en algún momento tener un espacio a solas para relajarse, descansar, pensar, meditar, etc. Una persona puede tener una gran red de relaciones familiares y sociales, y sentirse extremadamente sola, mientras que otra puede vivir aislada y no experimentar este sentimiento. En este punto, el aislamiento se distingue de la soledad dado que la persona decide deliberadamente estar sola. El aislamiento social se define como la situación objetiva e involuntaria de tener mínimos contactos con otras personas (familiares o amigos).

Finalmente, la soledad constituye una vivencia negativa asociada a sentimientos de depresión, ansiedad, insatisfacción e infelicidad. En este sentido, se debe entender que la soledad es una respuesta a la ausencia de una provisión de relación particular, de naturaleza multidimensional.

**CAPÍTULO 3**  
**METODOLOGÍA**

## **Metodología.**

### **3.1 Diseño Del Estudio**

Este es un estudio cuantitativo transversal de tipo correlacional, con medición de las variables utilizando cuestionarios de auto-reporte. Los estudios transversales son aquellos en los que se analizan datos de variables en un periodo de tiempo, mientras que en los de tipo correlacional el objetivo es establecer la relación entre dos o más variables.

### **3.2 Participantes**

La muestra estudiada es un total de 150 participantes, hombres y mujeres, entre 18 y 35 años de edad. La muestra es de tipo no probabilística por conveniencia. Para participar del estudio, los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener entre 18 y 35 años de edad.
- Vivir en la Ciudad de Panamá.
- Que haga uso de videojuegos.
- Debe ser de forma presencial.

Se presentaron los siguientes criterios de exclusión:

- Ser menor de edad.
- No vivir en la Ciudad de Panamá.

- No haga uso frecuente de videojuegos o no muestre ningún tipo de interés por los mismos.
- No estar dispuesto a participar de forma presencial.

### **3.3 Instrumentos**

Para este estudio, se utilizó una batería de cuestionarios de auto-reporte que evalúan las variables a estudiar. A continuación, describimos estos cuestionarios.

**3.3.1 Cuestionario de Datos Demográficos:** Es un instrumento de auto-reporte con el objetivo de recoger datos demográficos que permiten describir a los participantes de acuerdo con las siguientes características: sexo, edad, estatus socioeconómico, estado civil, años de educación o escolaridad, ocupación, tipo de juegos que usan, horas de trabajo, horas de estudio, horas dedicadas a los videojuegos, cantidad de juegos al día, pasatiempos.

**3.3.2 Videogame Addiction Scale (VGAS)** Es un instrumento de auto-reporte que evalúa comportamientos relacionados a la adicción a los videojuegos. La escala ha sido utilizada en población universitaria. Los reactivos fueron elegidos de distintas escalas que evalúan el comportamiento patológico de usuarios en los videojuegos dando lugar a una sola escala donde se captura

el constructo a la adicción a los videojuegos. Esta escala presentó asociaciones significativas con impulsividad y estrategias de afrontamiento mal adaptativas. Los participantes puntúan los enunciados sobre una escala likert donde 1 significa "Nunca" y 5 "Siempre". La consistencia interna evaluada con Alfa de Cronbach fue de 0.81 (Paschall, 2015).

**3.3.3 Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)** Es un instrumento de auto-reporte que se utiliza para evaluar la impulsividad. La escala ha sido utilizada para niños, adolescentes y adultos. Los participantes contestan los enunciados en una escala likert de 1-4. La Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) consta de 8 ítems, Impulsividad Motora consta de 10 ítems, e Impulsividad no planeada consta de 12 ítems. La escala tiene un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.77 (Salvo & Castro, 2013).

**3.3.4 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21)** Es un instrumento de auto-reporte que se utiliza para evaluar la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. La escala ha sido utilizada en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. Cada ítem se responde en una escala Likert de 0-3. Consta de 21 ítems que se divide en 3 escalas, ansiedad, depresión y estrés. Se encontraron los siguientes resultados de Alfa de Cronbach: depresión: 0.78, ansiedad: 0.71, estrés: 0.70 (Román et al., 2016).

**3.3.5 Escala de Soledad de Jong Gierveld** Es un instrumento de auto-reporte que evalúa la soledad emocional y la soledad social (Gierveld & Van Tilburg, 2010). La escala ha sido utilizada en adultos de mediana edad y mayoría de edad. Cada ítem se responde en una escala de Likert de 1-3, donde 1 es sí, 2 más o menos y 3 no. Consta de 11 ítems que se divide en 6 ítems que miden soledad emocional y 5 ítems que miden soledad social. Se encontraron los siguientes resultados de Alfa de Cronbach, 0.87 en soledad emocional, y 0.86 en soledad social (Penning et al., 2014).

### 3.4 Variables

Para este estudio, por medio de los cuestionarios de auto-reporte anteriormente mencionados, se midieron las siguientes variables:

Tabla 1.  
*Variables y su definición conceptual y operacional*

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
Adicción a los videojuegos	La adicción a los videojuegos es caracterizada por un patrón de comportamiento de juego que es persistente o recurrente. El patrón de comportamiento es lo suficientemente severo	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte “ <i>Videogame Adicction Scale (VGAS)</i> ”.



---

	<p>como para dar de resultado un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales, etc.</p>	
Impulsividad	<p>La impulsividad se define como un comportamiento sin pensamiento adecuado, con tendencia a actuar con menos previsión que la mayoría de los individuos de igual habilidad y conocimiento. (Vohs &amp; Baumeister, 2017).</p>	<p>Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11).</p>
Síntomas Internalizantes	<p>Se caracterizan por los intentos inadecuados que se hacen para mantener bajo control el estado emocional y cognitivo. (Lozano González &amp; Lozano Fernández, 2017). Estos comportamientos se presentan como depresión, aislamiento, ansiedad, agresividad (“Internalizing disorder,” 2018).</p>	<p>Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21).</p>
Soledad	<p>Se define como una sensación desagradable que experimenta el individuo por ausencia</p>	<p>Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Escala de</p>

	de relaciones sociales. (Jong-Gierveld, 1987).	Soledad de Jong Gierveld.
Edad	La edad se define como el tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. También puede ser definido como el tiempo que ha durado una cosa desde que empezó a existir.	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Cuestionario de Datos Demográficos.
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales.	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Cuestionario de Datos Demográficos.
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Cuestionario de Datos Demográficos.
Ingreso Económico	Se define como el elemento monetario que se acumula y se genera como consecuencia de un círculo de consumerganancia.	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Cuestionario de Datos Demográficos.
Estado Civil	Es en la clase o condición de una persona en el orden	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-

	social. También se define como la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a eso.	reporte Cuestionario de Datos Demográficos.
Grado Académico	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios.	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Cuestionario de Datos Demográficos.
Ocupación	Es definido como la actividad de trabajo.	Esta variable se midió por medio del cuestionario de auto-reporte Cuestionario de Datos Demográficos.

### 3.5 Consideraciones Éticas

Se entregó adjunto en el Consentimiento Informado las consideraciones éticas del estudio para ser completado. En este documento se explicó el objetivo o propósito del estudio, los instrumentos a utilizar, el proceso de evaluación, beneficios y riesgos, uso y confidencialidad de datos.

Se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones éticas: 1) El estudio fue evaluado por el Comité de Bioética de la Universidad Santander, 2) Cada participante recibió información previa sobre el estudio, 3) La información de los participantes fue manejada bajo anonimato y confidencialidad y solo la investigadora principal de este estudio manejó los datos completados por los participantes, 4) La evaluación se realizó con los participantes que dieron su consentimiento previo y de forma voluntaria, 5) Los documentos con información de los participantes fueron guardados bajo llave, 6) Se tiene un documento de códigos con la información personal de los participantes, al cual solo tiene acceso la investigadora principal del estudio.

### **3.6 Procedimiento**

Los participantes fueron reclutados en diferentes universidades de la Ciudad de Panamá por medio de un afiche con los criterios de inclusión del estudio, la justificación, el objetivo del estudio, el rango de edades de los participantes y la confidencialidad de los datos. Para esto, se publicó el afiche en Redes Sociales como Instagram, Facebook, WhatsApp y Twitter para dar a conocer el estudio y contactar voluntarios. Una vez contactado los participantes por mensajería instantánea con la investigadora principal, se les explicó con detalle cuál era el objetivo principal del estudio y qué se buscaba encontrar, en qué consistía el proceso de evaluación y que se debía coordinar un

encuentro presencial para la realización del mismo. Una vez los participantes decidieran si participar o no, se coordinaba el encuentro presencial, el cual debía ser en la Universidad o en una oficina.

Una vez reunidos, los participantes fueron evaluados de forma individual después de firmar el consentimiento informado y, luego de haber aclarado dudas acerca de la confidencialidad y los objetivos del estudio. Durante la evaluación se contó con la presencia de la investigadora principal y el/a o los/as participantes. Las pruebas fueron administradas por la investigadora principal, quién también estaba presente para contestar preguntas de los participantes durante la evaluación. Solo se evaluó a aquellos participantes que entregaban y firmaban de manera voluntaria el consentimiento informado, a cada uno de ellos se les hizo llegar una copia del mismo. El tiempo de duración de las evaluaciones fue de aproximadamente 25 minutos, dependiendo de cada participante. Durante la evaluación se solicitó a los participantes que contestaran de la forma más honesta posible.

## **CAPÍTULO 4**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## **Capítulo IV. Resultados**

En este capítulo se presentarán los resultados de los estadísticos descriptivos y los análisis de correlación para responder a las preguntas de investigación. Se presentarán los estadísticos descriptivos de las escalas y las características demográficas de los participantes, y los análisis de correlación entre las escalas contestadas por los participantes. Los estadísticos descriptivos responden a la primera pregunta de investigación presentada en el Capítulo I, mientras que los análisis de correlación responderán a las preguntas 2,3 y 4 de investigación presentadas en el Capítulo I.

### **4.1 Análisis Estadístico**

Los análisis de estadísticos se realizaron con el programa JASP .0.12.2 Primero se calculó la media y desviación estándar para todas las variables sociodemográficas y las variables clínicas. Inicialmente se realizó un análisis correlacional de Pearson para todas las variables clínicas, adicción a los videojuegos, impulsividad, síntomas internalizantes y soledad. En la tabla se reporta el coeficiente  $r$ . Se utilizó el nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

Se calcularon los estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y las pruebas Videogame Addiction Scale, Escala de

Impulsividad de Barrat, Escala de Depresión, Estrés y Ansiedad, Escala de Soledad de Jong Gierveld.

Se realizó un análisis de correlación bivariada para analizar la asociación entre las escala “*Videogame Addiction Scale (VGAS)*”, con las escalas de Impulsividad de Barratt, Escala de Depresión, Estrés y Ansiedad, Escala de Soledad de DeJong con el coeficiente  $r$  de Pearson.

La tabla 2 presenta la información socio-demográfica de los participantes. En resumen, dentro de la muestra 137 de los participantes fueron de sexo masculino (90.7%) y 13 fueron de sexo femenino (8.6%). Solo un participante no especificó su sexo. La edad promedio de los participantes fue de 22 años con desviación estándar de 3.2 años.

En cuanto a la nacionalidad, 137 fueron de nacionalidad panameña (90.7%), 1 fue de nacionalidad costarricense (0.7%), 3 fueron de nacionalidad colombiana (2.0%), 1 fue de nacionalidad hondureña (0.7%), 1 fue de nacionalidad guatemalteca (0.7%), 1 fue de nacionalidad alemana (0.7%), 3 fueron de nacionalidad venezolana (2.0%), 1 fue de nacionalidad argentina (0.7%), 1 fue de nacionalidad salvadoreña (0.7%), y 1 fue de nacionalidad estadounidense (0.7%). Solo 1 participante no reveló su nacionalidad.



También se les preguntó a los participantes si habían sido evaluados con algún diagnóstico de salud mental. A continuación, resumiremos la información obtenida: un total de 15 personas (9.9%) contestaron que sí presentan diagnóstico con alguna condición de salud mental, mientras que 133 personas (88.1%) contestaron que no presentan algún tipo de diagnóstico de salud mental. Solo 1 participante (0.7%) no reveló si presenta o no algún tipo de diagnóstico relacionado con salud mental. Los tipos de diagnósticos reflejados en los resultados fueron: 1 (0.7%) presentó ansiedad, 1 (0.7%) presentó Bipolaridad de Tipo 1, 1 (0.7%) presentó Trastorno Obsesivo Compulsivo, 1 (0.7%) presentó Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD), 6 (4.0%) presentaron Depresión, 2 (1.3%) presentaron Ansiedad y Depresión, 1 (0.7%) presentó Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), 1 (0.7%) presentó Ansiedad por Evitación, y 1 (0.7%) presentó Síndrome de Asperger.

En cuanto al ingreso económico, 86 personas (57.0%) reciben entre B/.0 – B/.200, 14 personas (9.3%) reciben entre B/.200 – B/.500, 16 personas (10.6%) reciben entre B/.500 – B/.800, 16 personas (10.6%) reciben entre B/.800 – B/.1,200, 9 personas (6.0%) reciben entre B/.1,200 – B/.1,500, 5 personas (3.3%) reciben entre B/.1,500 – B/. 2,000, 3 personas (2.0%) reciben entre B/.2,000 o más. Solo 1 persona (0.7%) no reveló su ingreso económico.

En relación con el estado civil, 146 personas (96.7%) contestaron que están solteros, 1 persona (0.7%) respondió que está unido, y 1 persona (0.7%) identificó su estado civil como “otro” y especificó separado. Solo 1 persona (0.7%) no reveló su estado civil.

Con relación al grado académico, 122 de los participantes (80.8%) han completado hasta Bachiller en Secundaria, 19 (12.6%) han completado hasta Licenciatura, 6 (4.0%) han completado hasta Maestría, 1 (0.7%) ha realizado Postgrados (Diplomado), y 2 (1.3%) han realizado especializaciones. Solo 1 persona (0.7%) no reveló su grado académico.

En cuanto a ocupación, 132 de los participantes (87.4%) se encontraban trabajando o estudiando, mientras que 18 de los participantes (11.9%) se encontraban únicamente trabajando.

En cuanto a las horas de trabajo diarias, el promedio de horas de trabajo es de 4.4 con una desviación estándar de 2.5, de las cuales, 21 personas (13.9%) trabajaban entre 1-4 horas al día, 33 personas (21.0%) trabajaban entre 4-8 horas al día, 23 personas (15.2%) trabajaban entre 8-10 horas al día, 2 personas (1.3%) trabajaban entre 10-12 horas al día, 1 persona (0.7%) trabajaba entre 12-15 horas al día, 2 personas (1.3%) trabajaban entre 15

horas o más al día, y 68 personas (45.0%) no trabajan. Solo 1 persona (0.7%) no reveló cuántas horas al día trabaja.

En relación con los tipos de consolas que se han utilizado, 125 personas (83.3%) utilizaban PlayStation, 30 personas (20.0%) utilizaban XBOX, 88 personas (58.7%) utilizaban Nintendo Switch, 93 personas (62.0%) utilizaban Nintendo DS, 90 personas (60.0%) utilizaban Nintendo Wii, 37 personas (24.7%) utilizaban Nintendo Wii U, 20 personas (13.3%) utilizaban PlayStation Vita (PSV), 45 personas (30.0%) utilizaban PlayStation Portatil (PSP), 61 personas (40.7%) utilizaban GameBoy, 24 personas (16.0%) utilizaban SuperNintendo, 49 personas (32.7%) utilizaban Nintendo 64, 81 personas (54.0%) utilizaban GameCube, 114 personas (76.0%) utilizaban Computadora, 4 personas (2.7%) juegan Atari, 51 personas (34.0%) utilizaban el celular.

En cuanto a los tipos de juegos, 132 participantes (88.0%) utilizaban juegos de acción, 63 participantes (42.0%) utilizaban juegos de arcade, 94 participantes (62.7%) utilizaban juegos deportivos, 111 participantes (74.0%) utilizaban juegos de estrategia, 49 participantes (32.7%) utilizaban juegos de simulación, 56 participantes (37.3%) utilizaban juegos de mesa, 118 participantes (78.7%) utilizaban juegos de aventura, 45 participantes (30.0%) utilizaban juegos musicales, 35 participantes (23.3%) utilizaban juegos de

*point and click*, 73 participantes (48.7%) utilizaban juegos de *party games*, 34 participantes (22.7%) utilizaban juegos de tipo educativos.

En relación a las horas de estudio diarias, el promedio de horas de estudio es de 2.3 horas con una desviación estándar de 1.5. De las cuales, 54 personas (35.8%) estudiaban entre 1-2 horas al día, 52 personas (34.4%) estudiaban entre 2-4 horas al día, 13 personas (8.6%) estudiaban entre 4-8 horas al día, 5 personas (3.3%) estudiaban entre 8 o más horas al día, 22 personas (14.6%) no estudiaban durante ninguna hora del día, 2 personas (1.3%) marcaron otra cantidad de horas de estudio al día. Solo 1 persona (0.7%) no reveló cuántas horas al día estudia.

En cuanto a las horas de juego diarias, 43 personas (28.5%) jugaban entre 1-2 horas al día, 54 personas (35.8%) jugaban entre 2-4 horas al día, 29 personas (19.2%) jugaban entre 4-6 horas al día, 8 personas (5.3%) jugaban entre 6-8 horas al día, 4 personas (2.6%) jugaban entre 8-10 horas al día, 3 personas (2.0%) jugaban entre 10-12 horas al día, 4 personas (2.6%) jugaban entre 12 o más horas al día, 1 persona (0.7%) no juega ninguna hora al día. Solo 3 personas (2.0%) no contestaron cuantas horas al día juegan.

En cuanto a la cantidad de juegos al día, 43 personas (28.5%) jugaban 1 sólo juego, 59 personas (39.1%) jugaban 2 juegos, 27 personas (17.9%) jugaban 3 juegos, 12 personas (7.9%) jugaban 4 juegos, 5 personas (3.3%) jugaban 5

juegos, 3 personas (2.0%) jugaban 6 juegos o más. Solo 1 persona (0.7%) no reveló la cantidad de juegos que juega al día.

Con respecto a los pasatiempos, los 5 pasatiempos más comunes dentro de la muestra fueron: 73 participantes (48.7%) mencionaron jugar videojuegos, 37 participantes (24.7%) mencionaron leer, 18 participantes (12.0%) mencionaron salir con amigos, 15 participantes (10.0%) mencionaron jugar futbol, y 11 participantes (7.3%) mencionaron ver Netflix.

En cuanto a los temas de interés, los 5 temas de interés más mencionados dentro de la muestra fueron: 49 participantes (32.7%) mencionaron temas deportivos, 48 participantes (32.0%) mencionaron temas musicales, 37 participantes (24.7%) mencionaron temas de política, 10 participantes (6.67%) mencionaron temas de tecnología, y 5 participantes (3.33%) mencionaron temas de historia.

Tabla 2.  
*Características Sociodemográficas de los Participantes.*

	<b>Opciones de Respuestas</b>	<b>n (%)</b>
Nacionalidad de los participantes	Panameño	137 (90.7%)
Sexo de los participantes	Hombre	137 (90.7%)
	Mujer	13 (8.6%)
	No especificó	1 (0.7%)

Si presentan diagnóstico relacionado a condición de Salud Mental	Si No	15 (9.9%) 133 (88.1%)
Tipo de diagnóstico relacionado a condición de Salud Mental	Ansiedad Bipolaridad Tipo 1 Trastorno Obsesivo Compulsivo Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD) Depresión Ansiedad y Depresión Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) Ansiedad por Evitación Síndrome de Asperger No especificó	1 (0.7%) 1 (0.7%) 1 (0.7%) 1 (0.7%) 6 (4.0%) 2 (1.3%) 1 (0.7%) 1 (0.7%) 1 (0.7%) 1 (0.7%) 1 (0.7%)
Ingreso Económico de los participantes	B/.0 – B/.200 B/.200 – B/.500 B/.500 – B/.800 B/.800 – B/.1,200	86 (57.0%) 14 (9.3%) 16 (10.6%) 16 (10.6%)
Estado Civil de los participantes	Soltero/a	146 (96.7%)
Grado de Escolaridad de los participantes	Bachiller en Secundaria Licenciatura	122 (80.8%) 19 (12.6%)
Ocupación	Trabajan o estudian Solamente trabajan	132 (87.4%) 18 (11.9%)
Tipos de consolas que utilizan los participantes	PlayStation XBOX Nintendo Switch Nintendo DS Nintendo Wii GameBoy Nintendo 64	125 (83.3%) 30 (20.0%) 88 (58.7%) 93 (62.0%) 90 (60.0%) 61 (40.7%) 49 (32.7%)

	GameCube	81 (54.0%)
	Computadora	114 (76.0%)
	Celular	51 (34.0%)
Tipos de juegos que juegan los participantes	Acción	132 (88.0%)
	Arcade	63 (42.0%)
	Deportivo	94 (62.7%)
	Estrategia	111 (74.0%)
	Juegos de mesa	56 (37.3%)
	Aventura	118 (78.7%)
	Party Game	73 (48.7%)
Horas de trabajo al día de los participantes	1 – 2 horas	21 (13.9%)
	4 – 8 horas	33 (21.9%)
	8 – 10 horas	23 (15.2%)
	Ninguna	68 (45.0%)
Horas de estudio al día de los participantes	1 – 2 horas	54 (35.8%)
	2 – 4 horas	52 (34.4%)
	Ninguna	22 (14.6%)
Horas dedicadas a los videojuegos al día	1 – 2 horas	43 (28.5%)
	2 – 4 horas	54 (35.8%)
	4 – 6 horas	29 (19.2%)
Cantidad de juegos al día	1 solo juego	43 (28.5%)
	2 juegos	59 (39.1%)
	3 juegos	27 (17.9%)
Pasatiempos	Jugar videojuegos	73 (48.7%)
	Leer	37 (24.7%)
	Salir con amigos	18 (12.0%)
	Jugar fútbol	15 (10.0%)
	Netflix	11 (7.3%)

	Deportes	49 (32.7%)
	Música	48 (32.0%)
Temas de interés	Política	37 (24.7%)
	Tecnología	10 (6.67%)
	Historia	5 (3.33%)

Esta tabla explica el número de participantes y su porcentaje según las características sociodemográficas.

N= número de participantes.

#### 4.2 Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Datos Demográficos

En esta sección se responderá la pregunta 1 de investigación.

En el “*Cuestionario de Datos Demográficos*” la edad promedio de los participantes es de 22 años con una desviación estándar de 3.2. En cuanto al año de carrera, el promedio fue de 3.4 y la desviación estándar fue de 1.58. En relación a las horas de trabajo el promedio fue de 4.38 y la desviación estándar de 2.5. En cuanto a las horas de estudio, el promedio fue de 2.32 y la desviación estándar de 1.5. En relación a las horas de juego, el promedio fue de 2.36 y la desviación estándar de 1.5. En cuanto a la cantidad de juegos por día, el promedio es de 2.23 y la desviación estándar de 1.17.

Tabla 3.

*Estadísticos descriptivos de variables demográficas.*

Variable	Media	Desviación Estándar
Edad	22.23	3.2
Año de carrera	3.41	1.58



Horas de trabajo	4.38	2.5
Horas de estudio	2.32	1.5
Horas de juego	2.36	1.5
Cantidad de juegos	2.23	1.17

Esta tabla demuestra los puntajes obtenidos en cuanto a la media y la desviación estándar de variables demográficas.

En cuanto a las variables psicológicas, se calculó el promedio de las sub-escalas del cuestionario “*Videogame Addiction Scale (VGAS)*”. En pérdida de control el promedio fue 5.34 con una desviación estándar de 2.05, el puntaje mínimo fue 3 y el puntaje máximo fue 13. En Ansias el promedio fue 12.07 con una desviación estándar de 3.59, el puntaje mínimo fue de 5.0 y el puntaje máximo 23.0. En Problemas Sociales el promedio fue de 4.32 con una desviación estándar de 1.77, el puntaje mínimo fue de 2.0 y el puntaje máximo 9.0.

Se calculó el promedio de las sub-escalas del cuestionario “*Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21)*”. En la sub-escala Depresión el promedio fue de 3.88 con una desviación estándar de 3.93, el puntaje mínimo fue de 0 y el puntaje máximo de 17. En la sub-escala Ansiedad, el promedio fue de 3.34 con una desviación estándar de 3.32, el puntaje mínimo fue de 0 y el puntaje máximo fue de 13. En la sub-escala Estrés, el promedio fue de 5.46 con una desviación estándar de 4.2, el puntaje mínimo fue de 0 y el puntaje máximo fue de 19.

Se calculó el promedio de las sub-escalas del cuestionario “*Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)*”. En la sub-escala Motor el promedio fue de 21.47 con una desviación estándar de 4.27, el puntaje mínimo fue de 12 y el puntaje máximo fue de 33. En la sub-escala No Planificar, el promedio fue de 22.61 con una desviación estándar de 4.54, el puntaje mínimo fue de 13 y el puntaje máximo fue de 33.

Se calculó el promedio de las sub-escalas del cuestionario “*Escala de Soledad de Jong Gierveld*”. En la sub-escala Soledad Social, el promedio fue de 12.90 con una desviación estándar de 2.33, el puntaje mínimo fue de 5 y el puntaje máximo fue de 15. En la sub-escala Soledad Emocional, el promedio fue de 14.46 con una desviación estándar de 2.93, el puntaje mínimo fue de 7 y el puntaje máximo fue de 18.

Tabla 4.

*Estadísticos descriptivos de variables psicológicas.*

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Pérdida de control	5.34	2.05	3	13
Ansias	12.07	3.59	5	23
Problemas sociales	4.32	1.77	2	9
Depresión	3.88	3.93	0	17
Ansiedad	3.34	3.32	0	13
Estrés	5.46	4.2	0	19

Atención	16.78	3.9	9	28
Motor	21.47	4.27	12	33
No planificar	23.61	4.54	13	36
Soledad Social	12.90	2.33	5	15
Soledad Emocional	14.46	2.93	7	18

Esta tabla muestra los resultados obtenidos de la media, desviación estándar, mínimo y máximo de las sub-escalas de las variables psicológicas (impulsividad, ansiedad, depresión, estrés y soledad).

### 4.3 Análisis de correlación entre adicción a los videojuegos e impulsividad

Para responder la pregunta 2 de investigación, se hizo un análisis de correlación bivariado para evaluar la relación entre adicción a los videojuegos e impulsividad. Se encontraron los siguientes resultados significativos.

La **sub-escala Atención** presentó correlaciones bajas con las **sub-escalas Pérdida de Control** y la **sub-escala Problemas Sociales**, lo cual quiere decir que a mayor pérdida de control y mayor problemas sociales, mayor dificultad para prestar atención. Mientras que con la **sub-escala Ansias** presentó correlaciones moderadas, lo cual quiere decir que a mayor ansias, mayor dificultad para mantener la atención.

La **sub-escala Motor** presentó correlaciones positivas moderadas con las **sub-escalas Pérdida de Control** y la **sub-escala Ansias**, lo cual quiere decir que a mayor pérdida de control y ansias, mayor impulsividad motora. Mientras

que con la **sub-escala Problemas Sociales** presentó correlaciones bajas, a mayores problemas sociales, mayor impulsividad motora.

La **sub-escala No Planificar** no presentó correlaciones significativas con ninguna de las **sub-escalas Pérdida de Control**, la **sub-escala Ansias** y la **sub-escala Problemas Sociales**.

Tabla 5.

*Relación entre adicción a videojuegos e impulsividad*

<b>Sub-Escala</b>	<b>Atención</b>	<b>Motor</b>	<b>No planificar</b>
<b>Pérdida de control</b>	.277**	.364**	.058
<b>Ansias</b>	.317**	.299**	.117
<b>Problemas sociales</b>	.206*	.168*	.029

\* Significativo a 0.05

\*\* Significativo a 0.01

#### **4.4 Análisis de correlación entre adicción a los videojuegos y síntomas internalizantes**

Para responder a la pregunta 3 de investigación, se hizo un análisis de correlación bivariado para evaluar la relación entre adicción a los videojuegos y síntomas internalizantes. Se encontraron los siguientes resultados significativos.

En cuanto a la **sub-escala Depresión**, presentó correlaciones positivas bajas con la **sub-escala Pérdida de Control**, lo cual quiere decir que a mayor

depresión, mayor pérdida de control. Presentó correlaciones positivas moderadas con la **sub-escala Ansias**, lo cual quiere decir que a mayor depresión mayores ansias. No presentó correlaciones significativas con la **sub-escala Problemas Sociales**.

La **sub-escala Ansiedad** presentó correlaciones positivas bajas con las **sub-escalas Pérdida de Control** y la **sub-escala Ansias**, lo cual quiere decir que a mayor ansiedad, mayor pérdida de control y ansias. Mientras que con la **sub-escala Problemas Sociales** no presentó correlaciones significativas.

La **sub-escala Estrés** presentó correlaciones bajas con **Pérdida de Control** y **Ansias**, lo cual quiere decir que a mayor estrés, mayor pérdida de control y ansias. Mientras que con la **sub-escala Problemas Sociales** no presentó correlaciones significativas.

Tabla 6.

*Relación entre adicción a videojuegos y síntomas internalizantes.*

<b>Sub- Escala</b>	<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>Estrés</b>
<b>Pérdida de control</b>	.280**	.245**	.271**
<b>Ansias</b>	.315**	.242**	.177*
<b>Problemas Sociales</b>	.140	.102	.151

\* Significativo a 0.05

\*\* Significativo a 0.01

#### **4.5 Análisis de correlación entre adicción a los videojuegos y soledad**

Para responder a la pregunta 4 de investigación, se hizo un análisis de correlación bivariado para evaluar la relación entre adicción a los videojuegos y soledad. No se encontraron resultados significativos.

La **sub-escala Soledad Social** no presentó correlaciones significativas con la **sub-escala adicción a los videojuegos, Pérdida de Control** y la **sub-escala Problemas sociales**. Por otro lado, presentó correlaciones moderadas con la **sub-escala Ansias**, lo cual quiere decir que a mayor soledad social, mayores ansias.

La **sub-escala Soledad Emocional** no manifiesta correlaciones significativas con ninguna sub-escala.

Tabla 7.

*Relación entre adicción a videojuegos y soledad*

<b>Sub-Escala</b>	<b>Soledad Social</b>	<b>Soledad Emocional</b>
<b>Adicción a los Videojuegos</b>	-.200*	-.081
<b>Pérdida de control</b>	-.098	-.084
<b>Ansias</b>	.212**	-.101
<b>Problemas Sociales</b>	-.114	.02

- \* No Significativo a 0.05

- \*\* No Significativo a 0.01

**CAPÍTULO 5**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones**

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la adicción a los videojuegos con variables relacionadas a la salud mental en la población adulta panameña. Este es uno de los primeros estudios realizados en Panamá que evalúa la adicción a los videojuegos y su relación con problemas de Salud Mental. Un total de 150 personas entre 18 y 35 años de edad, contestaron cuestionarios de auto-reporte para evaluar la adicción a los videojuegos, la relación de esta adicción con impulsividad, depresión, ansiedad y estrés.

A continuación, se discuten los principales resultados que se encontraron en función del planteamiento del problema e hipótesis que se formularon en el Capítulo I y los resultados que se han encontrado en la literatura de las variables. Finalmente, se detallan algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

### **5.1 Características demográficas y adicción a los videojuegos.**

Entre las características demográficas que resaltan en la muestra de este estudio, se encontró que, la mayoría de los participantes fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 22 años. Lo mismo ocurre en estudios previos, donde la mayoría de los participantes son de género masculino (Gentile et al., 2011). A estos participantes, por su edad en promedio, se les denomina como adultos emergentes (Arnett & Tanner, 2006) donde ya han



cumplido con tareas propias de la adolescencia como tener una identidad, autonomía y tener relaciones íntimas, pero aún no logran establecerse como adultos debido a demandas culturales como la educación y un empleo estable. Es importante destacar que, a pesar de ser consumidores activos de videojuegos, los participantes reportan dedicar tiempo a sus responsabilidades laborales y académicas. En cuanto a la escolaridad, el mayor porcentaje se ubicó en el segundo año universitario. La mayoría de los participantes reportó trabajar y estudiar de forma simultánea. Un menor porcentaje de participantes habían culminado sus estudios universitarios y se encontraban trabajando. La cantidad de horas de trabajo promedio de los participantes fue de 4 horas, la cantidad de horas de estudio al día fueron 2 horas y la cantidad de horas de juego fueron 2 horas. En promedio, reportaron jugar 2 juegos por día. Un bajo número de participantes reportó un diagnóstico relacionado a Salud Mental, sugiriendo que el tipo de población evaluada no presenta síntomas y criterios psicopatológicos previo a la evaluación.

## **5.2 Adicción a los videojuegos e impulsividad.**

La impulsividad se define como la tendencia a actuar sin previsión (Robinson & Berridge, 1993), y a las reacciones rápidas e inmediatas que no están planificadas, y sin pensar en las consecuencias (Meule, 2013). Young, Beard and Wolf han sugerido que la adicción a los videojuegos es un desorden que involucra pobre control de impulsos (Lee et al., 2012). En este estudio, se

encontraron correlaciones significativas en relación a la adicción a los videojuegos y la impulsividad. Estas correlaciones pueden ser explicadas a que la impulsividad es un rasgo que a menudo se ha relacionado con el comportamiento adictivo (Lee et al., 2012). Se ha observado en otros estudios, al igual que en este, que las personas con adicción a los videojuegos cuentan con mayores niveles de impulsividad comparado con personas que no padecen adicción (Du et al., 2016). En relación con las escalas de impulsividad evaluadas en este estudio, se encontró correlaciones moderadas en las sub-escalas, impulsividad - atención e impulsividad motora con las sub-escalas pérdida de control y ansias, que forman parte de la escala adicción a videojuegos. Barratt (1985) también estudió la relación entre sus tres factores presentados para la impulsividad (impulsividad motora, cognitiva y no planificado).

Respecto a la pérdida de control, esta se define como una incapacidad relativa para dejar de consumir o de jugar una vez iniciado (Jellinek, 1952). En relación con la adicción a los videojuegos, la pérdida de control se refiere a la situación en que un consumidor es incapaz de controlar su conducta hacia el videojuego y no puede poner límite al tiempo que invierte en esa actividad durante el día o la semana (Lyvers, 2000).

Otra característica de la adicción evaluada en este estudio es, las ansias o "*craving*", que se define como la sensación de necesidad urgente de realizar una determinada actividad, cuya ausencia genera ansiedad y malestar (Jiménez et al, 2002). En relación con la adicción a los videojuegos, las ansias o "*craving*" se refiere a ese deseo urgente y abrumador de jugar. La urgencia del deseo percibida por el individuo en ausencia del uso de videojuegos es una condición pasiva que vive de forma abrumadora (Marlatt, 1978). Se ha argumentado que el término ansia o "*craving*" debe reservarse para estados de deseo extremo (Franken, 2003).

El uso de videojuegos es una actividad que implica situaciones donde se deben dar respuestas rápidas y tiende a ser estimulante. La impulsividad como rasgo, implica alcanzar respuestas que sean inmediatas, representando un riesgo en el uso no regulado de videojuegos (Lee et al., 2012), dando lugar a la presencia de conductas impulsivas (Koob y Le Moal, 1997). En este estudio, se encontraron correlaciones entre pérdida de control con la impulsividad ya que la adicción a los videojuegos involucra un manejo pobre de impulsos, un aumento de tensión, y un deterioro en el control de uso de los videojuegos. Así mismo, se relaciona con las Ansias, ya que el uso de videojuegos, como forma de entretenimiento, implica la sensación de placer. Las ansias por el consumo de videojuegos también están relacionadas a la impulsividad de tipo cognitiva y motora, como lo sugieren los resultados de este estudio (Barrat, 1985). Esto

conlleva a que las personas con ansias por jugar presenten comportamientos impulsivos. Los resultados indican que las dificultades de pérdida de control, ansias y problemas sociales vayan acompañadas de aspectos cognitivos, como dificultades en la atención y de aspectos conductuales, como hiperactividad o inquietud que se relacionan a la personalidad, según el modelo de Barratt (Barratt, 1983). En relación a las dificultades para el cumplimiento de obligaciones sociales presentan correlaciones más bajas en comparación con las sub-escalas Ansias y Pérdida de Control.

En cuanto a la tolerancia, referida como una necesidad cada vez mayor para alcanzar el mismo efecto deseado, esta provoca ansias por jugar o consumir. Cuando un usuario de videojuego incrementa su nivel de tolerancia hacia el juego se refleja en ansias o “*craving*” por querer jugar cada vez más, porque ya no siente el mismo nivel de alivio o satisfacción, sino que más bien necesita aumentar el juego para alcanzar el objetivo o sensación deseada. Sin embargo, en ausencia del juego, las ansias pueden desencadenar sentimientos desagradables como ansiedad, depresión, vacío y soledad (Jiménez, 2003). Esto explica la relación encontrada entre la impulsividad motora y la pérdida del control y las ansias.

En cuanto a la sub-escala atención y las ansias, se relacionan por la sensación de necesidad urgente de realizar una determinada actividad, en este caso

jugar videojuegos, cuya ausencia genera ansiedad (Jiménez et al, 2003), cuando la persona siente muchas ansias por jugar su atención está completamente dirigida a saciar esas ansias. En este estudio, la motivación por jugar también se ve involucrada o relacionada con la impulsividad, ya que cuando se está muy motivado a jugar, o a alcanzar un objetivo específico o superar puntajes, se ven reflejadas las ansias o “*craving*”, ya que se presenta un deterioro en el control del uso de los videojuegos que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos (López A, 2004) que llevan a la persona a actuar de manera impulsiva y jugar videojuegos.

### **5.3 Adicción a los videojuegos y síntomas internalizantes.**

#### **5.3.1 Ansiedad:**

La ansiedad se define como la anticipación a una amenaza futura (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)). Sin embargo, se diferencia del miedo ya que la respuesta emocional de la ansiedad es hacia una amenaza externa real o percibida (Crocq, 2015). En este estudio se encontró que el coeficiente de correlación entre las dos sub-escalas, Pérdida de Control y Ansias, fue bajo, y esto puede deberse a que la ansiedad está relacionada con conductas adictivas, incluyendo el uso de sustancias, juego patológico y uso excesivo del Internet (Remes et al., 2016), y dentro de las

conductas adictivas se encuentra las ansias, que es la necesidad de jugar o consumir, y asociado a esta se ve la pérdida de control, que es cuando el individuo no tiene la capacidad de autorregularse. Otra manera de ver la relación de la ansiedad con los videojuegos es que los usuarios utilizan videojuegos como una forma de afrontamiento para evitar ansiedad. Esto puede ser considerado como un manejo de la ansiedad más adaptativo que patológico (Riveros, 2011). En otros estudios, se ha reflejado que las personas con ansiedad social utilizan Internet para la interacción social (Baltaci, 2019). Las personas que sienten ansiedad extrema por establecer relaciones interpersonales reales, pueden utilizar el Internet y los videojuegos como sustituto de los contactos sociales del mundo real (Lo et al., 2005). La ansiedad es la respuesta frente a percepciones de temor que aparecen en las personas y la constituye una serie de comportamientos de preparación a la huida (Riveros et al., 2011). Por otro lado, está la ansiedad en niveles significativamente clínicos, se da cuando la respuesta se vuelve inapropiada, porque va más allá del estímulo que genera ansiedad, así mismo el comportamiento de huida es exagerado y desproporcionado (Carlos Alberto Filizzola Donado, *Psiquiatría Clínica*, 2018). Debido a las bajas correlaciones identificadas en los resultados, la sensación de ansiedad en presencia de aspectos como ansias por jugar o pérdida de control, no se presentan de forma consistente entre los participantes del estudio.

### **5.3.2 Depresión:**

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general, la persona se ve triste, y los demás la ven como derribado, debilitado en su potencialidad (José Miguel Uribe-Restrepo, Carlos Gómez-Restrepo, Marcela Azate García, *Psiquiatría Clínica*, 2018). Existen estudios que apoyan la idea de que personas con depresión u otros problemas relacionados a salud mental son susceptibles a la adicción, incluyendo la adicción a los videojuegos (Seki et al., 2019). En este estudio, en cuanto a la relación con la depresión, se encontraron correlaciones bajas con pérdida de control y moderadas con ansias en cuanto a la adicción a los videojuegos, esto quiere decir que existe cierto tipo de relación, ya que las personas que usan videojuegos que se sienten deprimidos ven los videojuegos como una herramienta para aliviar el malestar emocional causado por la depresión y reducir otros síntomas como el estrés y la ansiedad (Przepiorka et al., 2019). Siendo la depresión un predictor positivo significativo de adicción al internet. Como en estudios anteriores, se encuentra que Internet podría ser una herramienta para aliviar la depresión y reducir el estrés de sus usuarios (Blachnio et al., 2015; Tsai y Lin, 2003). Aquellos que sufren de depresión pueden hacer frente a un estado de ánimo negativo a través del uso excesivo de Internet (Yen et al., 2011 citado en Przepiorka et al., 2019).

Probablemente existen usuarios de videojuegos que no presenten un diagnóstico formal de depresión, pero cuando no se encuentran en su mejor

estado de ánimo o se encuentran tristes acuden a videojuegos para sentirse más felices y afrontar su estado de ánimo negativo. Sin embargo, los videojuegos pueden funcionar como una herramienta temporal o momentánea para olvidar el malestar mientras se está jugando, ya que la tristeza no desaparece mientras se está jugando, pero si se olvida durante ese momento (Joormann y Gotlib, 2010). Respecto a los problemas sociales, los resultados obtenidos indican que no hay correlaciones significativas con la adicción a los videojuegos, puede deberse a que la depresión como diagnóstico clínico en sí, presenta problemas sociales, familiares, y laborales de la persona, pero no es por causa de la adicción a los videojuegos, sino más bien por el trastorno de depresión. En este caso, no se presenta una relación lo suficientemente fuerte o significativa en cuanto a la depresión y la adicción a los videojuegos, por ende, no existen resultados en este estudio que muestren que debido a la depresión generada por adicción a los videojuegos se generen problemas sociales en la vida de los usuarios de videojuegos. A diferencia de otros estudios que, en cuanto a la relación entre la adicción al Internet y la depresión, han informado que las personas con diagnóstico de depresión son susceptibles a la adicción a los juegos (Choo et al., 2010; Elhai et al., 2017).



### **5.3.3 Estrés:**

El estrés puede ser definido como el conjunto de demandas sociales y presiones del medio que sobrepasan la capacidad. Para el autor, el estrés está condicionado por la experiencia emocionalmente negativa y la capacidad de adaptarse a ellos (Taylor, 2010). Los pacientes con diagnóstico de adicción presentan un patrón obsesivo a la sustancia o comportamiento adictivo, como lo son el alcohol, las drogas, la televisión y el entretenimiento y los videojuegos, porque estos ayudan a reducir o eliminar el estrés diario (Song & Park, 2019). El estrés se relaciona con los componentes de la adicción, de manera que, las personas al experimentar factores estresantes pueden sentir ansias por jugar para disminuir el estrés (Hassanbeigi, 2013), y esto puede llevar a la pérdida de control de impulsos y del tiempo de exposición a los videojuegos (King, 2013). Sin embargo, en este estudio se presentaron correlaciones bajas con respecto al estrés y los componentes de adicción a los videojuegos (pérdida de control, ansias y problemas sociales), quiere decir que existen ciertos comportamientos típicos de una adicción en un nivel bajo (Arevalo, Prado y Amaro, 2008). En este estudio los niveles o el porcentaje de correlación entre el estrés y la adicción a los videojuegos fueron muy bajos, no se niega la existencia de cierto tipo de relación, pero al ser tan poca la relación que hay, los resultados se reducen a que el uso de videojuegos no es alto cuando hay niveles de estrés en los usuarios.

#### **5.4 Adicción a los videojuegos y soledad.**

La soledad es definida como una deficiencia o ausencia en las relaciones sociales que se experimenta como subjetivamente desagradable (Green et al., 2001). La soledad también se ha definido como un sentimiento no deseado de falta de compañía y un deseo de interacción diferente al que se experimenta (Francis, 1976). Sabiendo estas definiciones, se pensaría que las personas que usan con frecuencia los videojuegos son personas solitarias, sin amistades, o relaciones sociales (Caplan, 2007). Sin embargo, en este estudio se presentaron correlaciones negativas bajas en cuanto a soledad social, probablemente porque los usuarios de videojuegos no se sienten solos, puesto que, por medio de los videojuegos tienen amistades con quien conversar de diferentes temas, pasar el rato, etc. A diferencia de otros estudios que afirman que la adicción a los videojuegos (Caplan, 2007) y al Internet (Hardie & Tee, 2007) causan soledad. En este estudio, no se encontraron resultados que indiquen que hay relación con adicción a videojuegos y la soledad emocional. En otros estudios, los investigadores han encontrado que la adicción a los videojuegos e Internet se relaciona a una alta soledad (aislamiento social), y baja emocionalidad (Leung, 2004).

La frecuencia del uso de los videojuegos tiene efectos negativos sobre la frecuencia de comunicación con los demás y la interacción social (Nie, 2001), esto se puede considerar como un problema social. En estudios previos,

algunos investigadores han examinado la correlación negativa entre las relaciones interpersonales y el uso de los videojuegos (Lo et al., 2005). Sin embargo, los resultados de este estudio no reflejan correlaciones significativas en cuanto a la soledad y los problemas sociales, esto puede verse desde el punto de vista, en donde los usuarios de videojuegos no se consideran personas solitarias porque encuentran socializar mediante videojuegos, entablar amistades, conversaciones, etc. Y, aún más, cuando las personas son tímidas encuentran que es más fácil expresarse por medio de los videojuegos que en el entorno social (Baltaci, 2019).

Por lo que concierne a la soledad social, esta se refiere a la carencia de relaciones de afiliación que, cuando existe, genera un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento, y la falta de pertenencia a un grupo o red social (Muchnik y Seidmann, 1998). Las personas que se sienten solas socialmente buscan encontrar relaciones interpersonales por medio de los videojuegos (Batigün, 2008), tal vez estas personas que usan videojuegos son personas tímidas o muy ansiosas que tienen dificultades para entablar relaciones interpersonales en el mundo real, y el uso de videojuegos podría ser la solución para ellos (Vendor, 2018). Sin embargo, estos resultados encontrados no indican que hay adicción, pero puede estar relacionado para personas que sienten ansiedad extrema por establecer relaciones interpersonales reales, y para

sustituirlas utilizan videojuegos como sustituto del contacto social con el mundo real (Lo et al., 2005).

Mientras que en soledad emocional no se encontraron resultados que indiquen que hay relación con adicción a videojuegos. Esto puede ser debido a que la soledad emocional se refiere a la ausencia de relaciones de apego, o relaciones que son especialmente significativas para la persona (Bowlby, 1982 en Yáñez Yaben, 2008), y al tener esto en los videojuegos la persona no se siente emocionalmente sola.

### **5.5 Limitaciones y Fortalezas**

Este estudio presentó algunas limitaciones para su elaboración. Como primera limitación se encuentra que la muestra no era clínica, es decir, que ninguno de los participantes tenía un diagnóstico formal de adicción o de consumo, lo cual puede llevar a que los resultados no sean altamente confiables. Otra limitación encontrada durante la elaboración del estudio fue la escasa información que existe acerca de la relación entre el estrés y la adicción a los videojuegos, al ser tan poca la información los resultados obtenidos pueden ser vistos de una forma más subjetiva que objetiva. Otra limitación es que el estudio fue realizado con instrumentos de auto-reporte, por lo cual, no se puede verificar la veracidad de las respuestas. Y por último, las pruebas no estaban adaptadas a la cultura panameña.

Sin embargo, también existen fortalezas. La primera fortaleza a mencionar es que este estudio es de los primeros en realizarse en población panameña, y de manera general también, ya que no existen muchos estudios o investigaciones que hablen de la adicción a los videojuegos, y esto es un tema que hoy en día se está dando mucho en nuestro país y en el mundo entero. Otra fortaleza que presenta este estudio es que se midieron bastantes variables que ayudaron a identificar cuales son características o posibles criterios de diagnóstico para una adicción a los videojuegos. Y por último, al ser este uno de los primeros estudios en Panamá, abre caminos a futuras investigaciones para dar conocimiento a la población acerca de este tema.

## **5.6 Conclusiones**

La adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia a una sustancia, actividad o relación. Hoy en día se escucha hablar de nuevas adicciones, entre ellas la adicción a los videojuegos, por ello, es motivo de análisis la influencia de los videojuegos en los seres humanos, y su afectación en los comportamientos y si definen o no parámetros de vida. El impacto provocado por la gran variedad y diversidad en las temáticas que ofrece el mercado en videojuegos garantiza de manera permanente nuevos seguidores de la industria, lo que representa mayor demanda y consumo.

En este estudio, la variable que presentó correlaciones significativas con la adicción a los videojuegos fue la variable de impulsividad, lo cual responde positivamente a la primera hipótesis de este estudio, en donde se espera que existan correlaciones positivas entre la adicción a los videojuegos y la impulsividad. La soledad es una variable que no presentó correlaciones significativas respecto a la adicción a los videojuegos, esto quiere decir que no responde a la tercera hipótesis del estudio en donde se espera que existan correlaciones positivas entre la adicción a los videojuegos y la Soledad, la socialización se da por medio de los videojuegos.

Los participantes de este estudio, por su edad promedio, son denominados adultos emergentes (Arnett & Tanner, 2006) puesto que ya han cumplido con tareas propias de la adolescencia como tener una identidad, autonomía y tener relaciones íntimas, pero aún no logran establecerse como adultos debido a demandas culturales como la educación y un empleo estable. La mayoría de los participantes fueron de sexo masculino que se encontraban en un rango entre los 22 años de edad y se encontraban realizando sus estudios universitarios.

Los videojuegos pueden llegar a ser positivos o negativos, dependiendo del tiempo que se le dedique. El estudio demostró que a pesar de que la población estudiada demuestra ser consumidores activos de videojuegos, los

participantes reportan dedicar tiempo a sus responsabilidades laborales y académicas. Un bajo número de participantes reportó haber sido diagnosticado con trastornos mentales, y un porcentaje bajo presentó un diagnóstico relacionado a Salud Mental, sugiriendo que el tipo de población evaluada no presenta síntomas y criterios psicopatológicos previo a la evaluación.

### **5.7 Recomendaciones**

Esta es una de las primeras investigaciones en donde se estudia la adicción a los videojuegos y su relación con problemas de Salud Mental en adultos jóvenes en Panamá, por ello daremos algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

Se debe considerar muestras representativas en niños y adolescentes que pueda ayudar a explorar y conocer otras variables pertinentes para encontrar relación entre adicción a los videojuegos y problemas de Salud Mental ya que en estas edades se encuentra más acentuado o más atractivo el uso de videojuegos, además de que disponen del tiempo para jugar.

Es importante tomar en consideración los tipos de consolas y juegos que utilizan, ya que esto puede generar cierto tipo de resultados. Esto es así, debido a que algunos juegos pueden introducir pautas de comportamiento muy

patológicas en la personalidad en formación como la del niño y del adolescente.



## **BIBLIOGRAFÍA**

## Bibliografia

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., Deleuze, J., Dunkels, E., Edman, J., & Ferguson, C. J. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(3), 267–270.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Ed. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association (text revision).
- Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors, 30*(2), 252.
- Anderson, K. (1990). Arousal and the inverted-U hypothesis: A critique of Neiss' "Reconceptualizing arousal". *Psychological Bulletin, N°*, 96-100.
- Arnett, J. J., & Tanner, J. L. (2006). *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. American Psychological Association Washington, DC.
- Barratt, E. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. En J. Spence e Izard (Eds.), *Motivation, emotion and personality* (pp. 137-146). Amsterdam: Elsevier.
- Barratt, E. (1991). Measuring and predicting aggression within the context of a personality theory. *Journal of Neuropsychiatry, 3*, 535-539.
- Barratt, E. (1994). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (pp. 61-79). Chicago: The University Chicago Press.
- Barratt, E., Patton, J. (1983). Impulsivity: Cognitive, behavioral and psychophysiological correlates. En M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of*

- sensation seeking, impulsivity and anxiety (pp. 17-122). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Barquín, C. S., García, A. R., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 15(1), 47–60.
- Bauminger, N., & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child development*, 71(2), 447–456.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., & Nakhla, W. E. (2008). *Loneliness: A concept analysis*. 43(4), 207–213.
- Berner, J. (2011). Abuso y dependencia de internet la epidemia y su controversia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 37-40
- Boyle, E., Connolly, T. M., & Hainey, T. (2011). The role of psychology in understanding the impact of computer games. *Entertainment Computing*, 2(2), 69–74.
- Brown, R.I.F. (1993). Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. En W.R. Eadington y J.A. Cornelius (dirs.), *Gambling behavior and problemgambling* (pp. 241-272). Reno: University of Nevada Press.
- Camello, L., León, A., & Salcedo, C. (2013). Adicción A Internet: Aproximación A Una Perspectiva Latinoamericana. *TERCER MILENIO, PERIODISMO Y COMUNICACIÓN*, 31-38.
- Chou, C., Condrón, L., & Belland, J. C. (2005). A Review of the Research on Internet Addiction. *Educational Psychology Review*, 17(4), 363–388. <https://doi.org/10.1007/s10648-005-8138-1>
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2009). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 93(3), 237–247.

- Cutrona, C. E. (1982). Transition to collage: Loneliness and the process of social adjustment. En L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley
- Dalley, J. W., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2011). Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*, 69(4), 680–694.
- Du, X., Qi, X., Yang, Y., Du, G., Gao, P., Zhang, Y., Qin, W., Li, X., & Zhang, Q. (2016). Altered Structural Correlates of Impulsivity in Adolescents with Internet Gaming Disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00004>
- Eysenck, S., Eysenck, H. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 57-68.
- Ferguson, C. J., & Colwell, J. (2019). Lack of consensus among scholars on the issue of video game “addiction”. *Psychology of Popular Media Culture*. <https://doi.org/10.1037/ppm0000243>
- Ferguson, C. J., Coulson, M., & Barnett, J. (2011). A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of psychiatric research*, 45(12), 1573–1578.
- Fink, G. (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. En *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 3–11). Elsevier.
- Franken, I. H. (2003). Drug craving and addiction: Integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27(4), 563–579.
- Gentile, D. (2009). Pathological Video-Game Use Among Youth Ages 8 to 18: A National Study. *Psychological Science*, 20(5), 594–602. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02340.x>

- Gentile, D. A., Choo, H., Liau, A., Sim, T., Li, D., Fung, D., & Khoo, A. (2011). Pathological Video Game Use Among Youths: A Two-Year Longitudinal Study. *PEDIATRICS*, *127*(2), e319–e329. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1353>
- Gierveld, J. D. J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: Tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, *7*(2), 121–130.
- Gómez A, Conde A. (2004). Craving y alcoholismo. *Med Clin (Barc)*; *123*: 222–223
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, *85*(11), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>
- Green, L. R., Richardson, D. S., Lago, T., & Schatten-Jones, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*(3), 281–288.
- Greenfield, D. N. (2018). Treatment Considerations in Internet and Video Game Addiction. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *27*(2), 327–344. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.11.007>
- Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: An issue for everybody? *Employee Councelling Today*.
- Griffiths, M. (2000). Internet Addiction—Time to be Taken Seriously? *Addiction Research*, *8*(5), 413–418. <https://doi.org/10.3109/16066350009005587>
- Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffiths, M. D., & Meredith, A. (2009). Videogame Addiction and its Treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *39*(4), 247–253. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9118-4>

- Jiménez M, Graña JL, Rubio G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Trastornos Adictivos*; 4: 209–215.
- Jiménez M, Monasor R, Rubio G. (2003). Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*; 5: 13–21.
- Khang, H., Kim, J. K., & Kim, Y. (2013). Self-traits and motivations as antecedents of digital media flow and addiction: The Internet, mobile phones, and video games. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2416–2424.
- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.002>
- Ko, C.-H., Hsiao, S., Liu, G.-C., Yen, J.-Y., Yang, M.-J., & Yen, C.-F. (2010). The characteristics of decision making, potential to take risks, and personality of college students with Internet addiction. *Psychiatry Research*, 175(1–2), 121–125. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.004>
- Koob, G. F. y Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 3113–3123. doi:10.1098/rstb.2008.0094
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet Gaming Addiction: A Systematic Review of Empirical Research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278–296. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>
- Lam-Figueroa, N., Contreras-Pulache, H., Mori Quishpe E, & Hinostroza-Camposano N. (2011). Adicción A Internet: Desarrollo Y Validación De Un Instrumento En Escolares Adolescentes De Lima, Perú. *Revista peruana de salud pública*, 462-469.
- Lee, D., & LaRose, R. (2007). A socio-cognitive model of video game usage. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 51(4), 632–650.

- Lee, H. W., Choi, J.-S., Shin, Y.-C., Lee, J.-Y., Jung, H. Y., & Kwon, J. S. (2012). Impulsivity in internet addiction: A comparison with pathological gambling. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 15(7), 373–377.
- Letona Méndez, M. (2012). Agresividad en adolescentes ciberadictos (estudio realizado con adolescentes que asisten a videojuegos de la zona 3 del municipio de Mazatenango, Sushipéquez). Tesis de licenciatura en psicología. Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- López, A. (2004). Adicción a Internet: conceptualización y propuesta de intervención. *REVISTA PROFESIONAL ESPAÑOLA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL*, 22–52. Obtenido de [www.aseteccs.com/inicio/php](http://www.aseteccs.com/inicio/php)
- Luengo, M.; Carrillo de la Peña, M. & Otero, J. (1991). The components of impulsiveness: a comparison of the I.7 Impulsiveness Questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 12, 657-667.
- Lyvers, M. (2000). “ Loss of control” in alcoholism and drug addiction: A neuroscientific interpretation. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(2), 225.
- Marco, C., Cholíiz, M. (2012). Impulsividad y dependencia de videojuegos en adolescentes. Aportaciones recientes al estudio de la motivación y las emociones.
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En *Alcoholism* (pp. 271–314). Springer.
- Marks, I. (1990). Non-chemical (behaviourial) addictions. *British Journal of Addiction*, 85, 1389-1394.
- Mentzoni, R. A., Brunborg, G. S., Molde, H., Myrseth, H., Skouvrøe, K. J. M., Hetland, J., & Pallesen, S. (2011). Problematic video game use: Estimated

- prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 14(10), 591–596.
- Muchnik, E. y Seidmann, S. (1988). Aislamiento y soledad. Buenos Aires: Eudeba.
- Paschall, E. M. (2015). Videogame “Addiction” Versus “Problematic Play”: Which Construct Best Captures the Nature of Excessive Videogame use? *Acta Psychopathologica*, 1(3). <https://doi.org/10.4172/2469-6676.100016>
- Patton, J., Stanford, M. y Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical Psychology*, 6, 768-774.
- Penning, M. J., Liu, G., & Chou, P. H. B. (2014). Measuring loneliness among middle-aged and older adults: The UCLA and de Jong Gierveld Loneliness Scales. *Social Indicators Research*, 118(3), 1147–1166.
- Peplau, L. A. y Perlman D. (1982). Perspectives on loneliness. En In L.A. Peplau y D. Perlman (Eds.). *Loneliness: A soucerbook of current theory, research and therapy* (pp.1-18). New York: Wiley.
- Qureshi, H. S., Khan, M. J., & Masroor, U. (2013). Increased aggression and loneliness as potential effects of pathological video-gaming among adolescents. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(1), 66.
- Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2011). *Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*.
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las escalas de depresión ansiedad estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325–2336.
- Salvo, G., & Castro, S. (2013). Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245–254.



- Smyth, J. M. (2007). Beyond self-selection in video game play: An experimental examination of the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 717–721.
- Gaming addiction, definition and measurement: A large-scale empirical study. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2150–2155. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.05.015>
- Solomon, R. L. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35 (8), 691-712.
- Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1996). Verbal skills, finger tapping, and cognitive tempo define a second-order factor of temporal information processing. *Brain and Cognition*, 31, 35-45.
- Tejeiro Salguero, R., Pelegrina del Río, M. y Gómez Vallecillo, J. (2009). Efectos psicosociales de los videojuegos. *Revista Comunicación*.
- Toker, S., & Baturay, M. H. (2016). Antecedents and consequences of game addiction. *Computers in Human Behavior*, 55, 668–679.
- Tsai, H. F., Cheng, S. H., Yeh, T. L., Shih, C.-C., Chen, K. C., Yang, Y. C., & Yang, Y. K. (2009). The risk factors of Internet addiction—A survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 167(3), 294–299.
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.01.015>
- WHO | *Gaming disorder*. (s/f). WHO. Recuperado el 20 de febrero de 2019, de <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>
- Widyanto, L., & Griffiths, M. (2006). 'Internet Addiction': A Critical Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4(1), 31–51. <https://doi.org/10.1007/s11469-006-9009-9>

- Yárnoz Yaben, S. (2008). Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, mayo, 103-116.
- Young, J. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. En Peplau y Perlman (Eds), *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy* (Pp. 379-405). Nueva York: Wiley y Sons.
- Young, K. S. (2004). Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402–415. <https://doi.org/10.1177/0002764204270278>
- Zastrow, M. (2017). News Feature: Is video game addiction really an addiction? *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(17), 4268–4272.

**ANEXOS**



COMITÉ  
DE BIOÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD SANTANDER

CBI-USantander-M- 039 - 2019

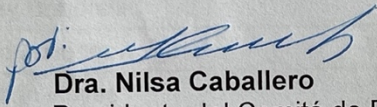
Panamá, 27 de septiembre de 2019

### MEMORANDO

Para: **María Elisa Espino**  
Investigadora Principal



COMITÉ  
DE BIOÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD SANTANDER

De:  **Dra. Nilsa Caballero**  
Presidenta del Comité de Bioética de la Investigación

Asunto: **Consideraciones sobre protocolo revisado**

En reunión ordinaria del Comité de Bioética de la Investigación de la Universidad Santander Panamá, celebrada el día 19 de septiembre de 2019 se discutieron los documentos del Protocolo de Investigación "**Adicción a los videojuegos y su relación con problemas de salud mental**".

Los Miembros del Comité de Bioética de la Investigación deciden:

Aprobar

Aprobar Condicionado

Denegar

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado (a) participante:

Usted ha sido invitado/a a participar en un estudio que se llevará a cabo por la estudiante graduanda en Psicología María Elisa Espino Ponce, de la Universidad Católica Santa María la Antigua.

A continuación se desglosarán aspectos importantes para su conocimiento sobre el estudio a realizar el cual usted decidirá si participar.

**Información sobre el estudio**

Este estudio consiste en descubrir cuál es la relación que tiene la adicción a los videojuegos o el uso constante de los mismos con condiciones de salud mental, como la ansiedad, agresividad, aislamiento, depresión, soledad e impulsividad. El objetivo general de este estudio es determinar la relación entre la adicción a los videojuegos con variables relacionadas a la salud mental en población adulta panameña.

Para la implementación de este estudio, se estarán aplicando cinco (5) cuestionarios o instrumentos para la recopilación de la información necesaria. Dichos cuestionarios o instrumentos son un Cuestionario de datos demográficos o Entrevista Inicial, Videogame Addiction Scale (VGAS), Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), y Escala de Soledad de Jong Gierveld.

El proceso consistirá en una breve entrevista, para determinar si los participantes cumplen con los criterios de inclusión del estudio: 1) que se encuentren en un rango de edad de entre dieciocho (18) y treinta y cinco (35) años de edad en la Ciudad de Panamá,

PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

y 2) que hagan uso de videojuegos. Posterior a esta primera entrevista, se seleccionará la muestra con la que se trabajará. Una vez seleccionada la muestra de participantes, y una vez hayan firmado este documento, (el consentimiento informado) se pasarán la entrevista de datos sociodemográficos y los cuestionarios al participante.

La duración de la sesión, que abarca la entrevista inicial y los instrumentos de aplicación, se estima que sea en un aproximado de treinta minutos (30) a una (1) hora. Se espera realizar dicha entrevista y aplicación de instrumentos en una (1) sesión.

**Beneficios y riesgos para los participantes.**

No hay beneficio directo a corto plazo para los participantes. Sin embargo, a largo plazo los beneficios del estudio son ampliar el conocimiento acerca de qué tan relacionado está el uso de videojuegos con problemas de salud mental, conocer acerca de la adicción a los videojuegos, poder implementar nuevas técnicas de ayuda terapéutica y poder hacer un cambio para que no exista el riesgo en la salud de los usuarios de videojuegos.

No hay riesgos directos para los participantes.

**Uso y confidencialidad de los datos**

La entrevista, información recogida y nombre de los participantes se mantendrá confidencial con el propósito de que ninguna persona ajena a la estudiante tesista tenga acceso a ella. Se le asignará un código a cada participante con el fin de mantener la confidencialidad. Bajo ninguna circunstancia la identidad de los participantes o información que revele su identidad se hará pública.

En caso de decidir participar y consentir en la colaboración inicial, usted no se encuentra en la obligación de contestar las preguntas de la entrevista inicial ni de los instrumentos



PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

de aplicación si decide no continuar participando del estudio. Si decide o desea dejar de participar en la sesión, sientase libre de comunicarlo en cualquier momento, y a partir de ese momento se dará fin a la sesión, y a la información obtenida en estas.

En caso de tener alguna pregunta, siéntase libre de comunicarla a la estudiante tesista, María Elisa Espino Ponce al (+507) 6949-5284, y al Comité de Bioética de Investigación de la Universidad de Santander al (+507) 394-3490.

**Declaración de consentimiento**

Yo \_\_\_\_\_ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la información personal obtenida durante la entrevista y he podido resolver todas las dudas y preguntas que me he planteado al respecto. Comprendo que mis datos personales son protegidos y cuyo único fin es de uso y formación académica. Comprendo que puedo revocar, sin explicaciones y en cualquier momento mi consentimiento que presento para la entrevista.

Tomando todo aquello en consideración, **CONSIENTO** participar en la entrevista y que mis datos que se deriven de esta sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_.

Firma del Investigador/a: \_\_\_\_\_.



Fecha: 19 Sep 19 Firma: [Signature]

PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

**CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRÁFICOS**

En este cuestionario encontrará una serie de preguntas para poder conocerlo/a mejor. En algunas preguntas encontrará un  favor marcarlas con un gancho (✓). Por favor intente contestar con la mayor honestidad posible.

1. Edad: \_\_\_\_\_ años.

2. Nacionalidad: \_\_\_\_\_.

3. Sexo:      Masculino               Femenino

4. Ha sido diagnosticado/a con alguna condición de salud mental

Sí, cual: \_\_\_\_\_  No

5. En cuanto a su ingreso económico mensual, elija una de las siguientes opciones:

0 - B/.200

B/.200 – B/.500

B/.500 - B/.800

B/.800 –B/.1200

B/.1200 – B/.1500

B/.1500 – B/.2000

B/. 2000 o más

6. Estado Civil

Soltero/a

Casado/a

Unido/a

Divorciado/a

Viudo/a

Otro:



**COMITÉ  
DE BIOÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD  
SANTANDER  
APROBADO**

Fecha: 19/10/19



PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

7. Señale el último grado académico que ha obtenido

- Bachiller de Secundaria       Licenciatura       Maestría  
 Doctorado       Postgrados (Diplomados)       Especializaciones  
(Otro: \_\_\_\_\_).

8. Ocupación: \_\_\_\_\_.

9. Si en la pregunta anterior contestó *Estudiante*, contestar: en qué año de la universidad cursa: \_\_\_\_\_.

Si no es estudiante, no conteste esta pregunta.

10. Tipos de consolas que usa (puede escoger más de una):

- PlayStation (PSX)       Xbox       Nintendo Switch  
 Nintendo DS       Nintendo Wii       Nintendo Wii U  
 PlayStation Vita (PSV)       PlayStation Portatil (PSP)       Game Boy  
 Super Nintendo       Nintendo 64       Game Cube  
 Computadora       Atari

Otros: \_\_\_\_\_



Fecha: 19 sep 19 Firma: [Signature]

PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

Investigadora: María Elisa Espino

**11. Tipos de juegos que juega (puede escoger más de uno):**

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acción     | <input type="checkbox"/> Arcade            | <input type="checkbox"/> Deportivo       |
| <input type="checkbox"/> Estrategia | <input type="checkbox"/> Simulación        | <input type="checkbox"/> Juegos de mesa  |
| <input type="checkbox"/> Aventura   | <input type="checkbox"/> Juegos Musicales  | <input type="checkbox"/> Point and Click |
| <input type="checkbox"/> Party Game | <input type="checkbox"/> Juegos Educativos | <input type="checkbox"/>                 |
- Otros: \_\_\_\_\_

**12. Horas de trabajo al día:**

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1- 4 horas    | <input type="checkbox"/> 4 - 8 horas   | <input type="checkbox"/> 8 - 10 horas |
| <input type="checkbox"/> 10 - 12 horas | <input type="checkbox"/> 12 - 15 horas | <input type="checkbox"/> 15 o más     |
| <input type="checkbox"/> Ninguna       | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |                                       |

**13. Horas de estudio al día:**

- |                                    |                                      |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-2 horas | <input type="checkbox"/> 2 - 4 horas | <input type="checkbox"/> 4 - 8 horas |
| <input type="checkbox"/> 8 o más   | <input type="checkbox"/> Ninguna     | <input type="checkbox"/>             |
- Otro: \_\_\_\_\_

**14. Horas dedicadas a los videojuegos al día (Recuerde ser lo más honesto/a posible):**

- |                                      |                                       |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-2 horas   | <input type="checkbox"/> 2 - 4 horas  | <input type="checkbox"/> 4 - 6horas   |
| <input type="checkbox"/> 6 - 8 horas | <input type="checkbox"/> 8 - 10 horas | <input type="checkbox"/> 10- 12 horas |
| <input type="checkbox"/> 12 o más    | <input type="checkbox"/> Ninguna      | <input type="checkbox"/>              |
- Otro: \_\_\_\_\_



**COMITÉ  
DE BIOÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD  
SANTANDER  
APROBADO**

Fecha: 19 de 19

Firma:

PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

**15. Cantidad de juegos al día**

- |                                       |                                      |                                   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 sólo juego | <input type="checkbox"/> 2 juegos    | <input type="checkbox"/> 3 juegos |
| <input type="checkbox"/> 4 juegos     | <input type="checkbox"/> 5 juegos    | <input type="checkbox"/> 6 o más  |
| <input type="checkbox"/> Ninguno      | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                                   |

**16. ¿Cuáles son algunos de sus pasatiempos? (Mínimo 3)**

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

**17. ¿Cuáles son algunos de sus temas de interés general y cultural? (Mínimo 3).**

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_



Fecha: 19 de septiembre Firma: [Signature]

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

**Videogame Addiction Scale (VGAS)**

Por favor lea cada una de las siguientes afirmaciones y coloque en un círculo alrededor del número (1,2,3,4,5) que indica cuánto esta afirmación le aplica a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar. Recuerde contestar con la mayor honestidad posible.

*La escala de calificación es la siguiente:*

1. Nunca
2. Ocasionalmente
3. A menudo
4. Casi siempre
5. Siempre

1. Juego videojuegos durante un periodo de tiempo más largo del que me propuse..... 1 2 3 4 5
2. Ha intentado jugar videojuegos por periodos de tiempo más cortos pero no le ha resultado..... 1 2 3 4 5
3. Paso una gran cantidad de tiempo jugando videojuegos..... 1 2 3 4 5
4. Cuando no estoy jugando videojuegos, a menudo planeo como voy a jugar mi siguiente juego..... 1 2 3 4 5



PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

5. Me he saltado clases para jugar videojuegos..... 1 2 3 4 5
6. Para jugar videojuegos, argumento con las 1 2 3 4 5  
personas.....
7. Paso poco tiempo con mi familia y amigos porque paso 1 2 3 4 5  
más tiempo jugando  
videojuegos.....
8. He experimentado dolores en el cuello, espalda, cadera, 1 2 3 4 5  
manos o dolores de cabeza.....
9. Necesito pasar tiempo jugando videojuegos o comprando 1 2 3 4 5  
nuevos videojuegos para sentir emoción.....
10. Me pongo inquieto/a o irritable cuando se trata de dejar de 1 2 3 4 5  
jugar videojuegos.....



**COMITÉ  
DE BIOÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD  
SANTANDER  
APROBADO**

Fecha: 19 de septiembre de 2019 Firma: \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

**ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS 21)**

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar. Recuerde contestar con la mayor honestidad posible.

*La escala de calificación es la siguiente:*

- |    |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|
| 0  | No me aplicó  |   |   |   |   |
| 1  | Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo                 |   |   |   |   |
| 2  | Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo      |   |   |   |   |
| 3  | Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo                  |   |   |   |   |
| 1. | Me costó mucho relajarme .....                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Me di cuenta que tenía la boca seca .....                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | No podía sentir ningún sentimiento positivo .....             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Se me hizo difícil respirar .....                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas ..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones .....         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Sentí que mis manos temblaban .....                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Sentí que tenía muchos nervios.....                           | 0 | 1 | 2 | 3 |



**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo ..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Sentí que no tenía nada por que vivir.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Noté que me agitaba.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Se me hizo difícil relajarme .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Me sentí triste y deprimido .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo .....                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Sentí que estaba al punto de pánico .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. No me pude entusiasmar por nada .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sentí que valía muy poco como persona .....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Sentí que estaba muy irritable.....   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico .....                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tuve miedo sin razón .....  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....  | 0 | 1 | 2 | 3 |



**COMITÉ  
DE BIOÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD  
SANTANDER  
APROBADO**

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**Investigadora:** María Elisa Espino

**ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS – 11)**

Las personas difieren en la manera en que actúan y piensan en diferentes situaciones. Esta es una escala o instrumento que mide algunas de las maneras en como usted piensa y actúa. Por favor lea cada una de las siguientes afirmaciones y coloque en un círculo alrededor del número (1,2,3,4) que indica cuánto esta afirmación le aplica a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar. Recuerde contestar con la mayor honestidad posible.

*La escala de calificación es la siguiente:*

1. Rara vez / Nunca
2. Ocasionalmente
3. A menudo
4. Casi siempre / Siempre

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Planifico lo que tengo que hacer cuidadosamente ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Hago cosas sin pensarlas.....                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tomo decisiones rápidamente.....                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Soy una persona despreocupada .....                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. No presto atención a las cosas .....                  | 1 | 2 | 3 | 4 |

**COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD SANTANDER APROBADO**  
Fecha: 19 de 11/19 Firma: 



PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**Investigadora:** María Elisa Espino

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 6. Mis pensamientos van demasiado rápido .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Planeo viajes con anticipación .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Tengo autocontrol .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me concentro con facilidad.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ahorro regularmente .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. No puedo estar quieto en el cine o en conferencias .....                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me gusta pensar y darle vuelta a las cosas.....                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Planeo seguridad laboral .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Digo cosas sin pensarlas .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me gusta pensar en problemas complejos .....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Cambio de trabajos con frecuencia.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Actúo por impulso.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me aburro con facilidad cuando se trata de resolver<br>problemas complicados..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Actúo por el impulso del momento.....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Pienso las cosas bien.....  | 1 | 2 | 3 | 4 |

PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**Investigadora:** María Elisa Espino

21. Me mudo con frecuencia..... 1 2 3 4
22. Compró cosas por impulso..... 1 2 3 4
23. Sólo puedo pensar en una cosa a la vez ..... 1 2 3 4
24. Cambio de pasatiempos con frecuencia..... 1 2 3 4
25. Gasto más de lo que gano ..... 1 2 3 4
26. A menudo tengo pensamientos extraños cuando pienso..... 1 2 3 4
27. Estoy más interesado/a en el presente que en el futuro ..... 1 2 3 4
28. Estoy inquieto/a en teatros o conferencias..... 1 2 3 4
29. Me gustan los rompecabezas ..... 1 2 3 4
30. Estoy orientado/a hacia el futuro ..... 1 2 3 4



Fecha: 19/11/19 Firma: 

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

Investigadora: María Elisa Espino

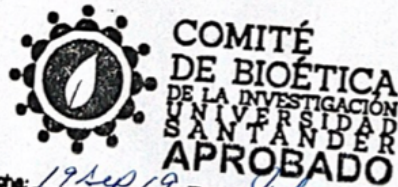
**ESCALA DE SOLEDAD DE JONG GIERVELD**

Por favor lea cada una de las siguientes afirmaciones y coloque en un círculo alrededor del número (1,2,3) que indica cuánto esta afirmación le aplica a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar. Recuerde contestar con la mayor honestidad posible.

*La escala de calificación es la siguiente:*

1. Sí
2. Mas o menos
3. No

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1. Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios .....   | 1 | 2 | 3 |
| 2. Extraña tener un amigo de verdad .....                                      | 1 | 2 | 3 |
| 3. Siente una sensación de vacío a su alrededor .....                          | 1 | 2 | 3 |
| 4. Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad..... | 1 | 2 | 3 |
| 5. Extraña la compañía de otras personas.....                                  | 1 | 2 | 3 |
| 6. Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado .....              | 1 | 2 | 3 |



Fecha: 19 Sep 19 Firma: *[Signature]*

PARTICIPANTE # \_\_\_\_\_

**ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS Y SU RELACIÓN CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE PANAMÁ EN EL AÑO 2019.**

**Investigadora:** María Elisa Espino

7. Tiene mucha gente a su alrededor en la que puede confiar 1 2 3  
plenamente.....
8. Hay suficientes personas con las que tiene una amistad 1 2 3  
estrecha .....
9. Extraña tener personas a su alrededor ..... 1 2 3
10. Se siente abandonado/a a menudo ..... 1 2 3
11. Puede contar con sus amigos siempre que los necesita ..... 1 2 3



**COMITÉ  
DE BIOÉTICA  
DE LA INVESTIGACIÓN  
UNIVERSIDAD  
SANTANDER  
APROBADO**

Fecha: 19 Sep 19 Firma: [Signature]