



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

**ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE JUEGO
PATOLÓGICO
SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS),
EN SU VERSIÓN AL ESPAÑOL EN POBLACIÓN
MEXICANA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

P R E S E N T A:

RICARDO VÉLEZ GARCÍA

ASESORES:

**DRA. GRISELDA FLORES FLORES
DR. JUAN JOSÉ CERVANTES NAVARRETE**



CIUDAD DE MÉXICO.

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla de contenido

ANTECEDENTES	4
<i>EL JUEGO COMO ACTIVIDAD LUDICA, PSICOLOGIA DEL JUEGO.</i>	4
<i>DEL JUEGO DE AZAR AL JUEGO PATOLOGICO, ANTECEDENTES HISTORICOS.</i>	6
<i>EPIDEMIOLOGIA</i>	8
<i>FACTORES ASOCIADOS A JUEGO PATOLOGICO</i>	11
<i>MECANISMOS NEUROBIOLOGICOS</i>	12
<i>CRITERIOS DIAGNOSTICOS y CLASIFICACIÓN</i>	15
<i>DIAGNOSTICO E INSTRUMENTOS DE ESCRUTINIO</i>	18
<i>PANORAMA DEL JUEGO PATOLOGICO EN MÉXICO</i>	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
JUSTIFICACIÓN	22
HIPÓTESIS	23
OBJETIVOS	23
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	23
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	24
METODOLOGÍA	24
<i>DISEÑO DEL ESTUDIO</i>	24
<i>MUESTRA</i>	24
<i>TAMAÑO DE MUESTRA</i>	25
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</i>	25
<i>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</i>	25
<i>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</i>	26
<i>VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN</i>	26
<i>VARIABLES CLÍNICAS</i>	27
PROCEDIMIENTOS	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
CONFIDENCIALIDAD	29
CONSIDERACIONES FINANCIERA	30
<i>Recursos humanos y materiales.</i>	30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	30
INSTRUMENTO	31

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	32
ANÁLISIS DE DATOS	33
RESULTADOS.....	34
CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO DE SOUTH OAKS (SOGS)	36
Confiabilidad.	36
Validez	36
Análisis Factorial	38
Sensibilidad, especificidad y eficacia diagnóstica	40
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS.....	50
INSTRUMENTO	50

ANTECEDENTES

Ludopatía o juego patológico es el *concepto médico* que describe al padecimiento o afección, caracterizado por la falta de control de impulsos y deseo irreprimible de participar en juegos de azar y apuestas. El término ludopatía tiene etimología compuesta por el prefijo *ludus*, que significa juego; y el sufijo griego *pathos* que en el contexto médico designa a la enfermedad. Es la más representativa de las adicciones no tóxicas y la única incluida en esta categoría, dentro del actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

El estudio de esta entidad como un trastorno mental comenzó a principios del siglo XX; aunque anteriormente había ludópatas, estos eran vistos como personas viciosas y de mala reputación. Han tenido que existir cambios culturales para que se le considere en la actualidad un problema de índole psicológico. Desde esta perspectiva la ludopatía es también un problema de salud a causa de la disfunción que ocasiona en quien la padece.

EL JUEGO COMO ACTIVIDAD LUDICA, PSICOLOGIA DEL JUEGO.

La Real Academia de la Lengua define el *Juego* como “un ejercicio recreativo o de competición sometido a reglas y en el cual se gana o se pierde” podríamos entenderlo entonces como cualquier actividad a la que uno se dedica por el gozo que produce, sin tomar en consideración el resultado final, ya que se realiza de forma voluntaria. Psicológicamente es una de las actividades de mayor importancia en el desarrollo humano, ya que se encuentra presente desde el primer año de vida, a través de la cual el infante observa e investiga todo lo relacionado a su entorno de manera libre y espontánea, permitiendo al pequeño relacionar conocimientos y experiencias de aprendizaje con otras nuevas. Por tanto, hablamos de una actividad que suma importancia en la adquisición de habilidades cognitivas, el entrenamiento del control emocional, además de permitir establecer los modelos necesarios para la interacción social. Lo anterior se podría enlistar en las siguientes funciones

- Facilita la integración de experiencias: Puede simbolizar una representación de la realidad, permitiendo ejecutar acciones que fuera del mismo juego pudieran ser incluso peligrosas. En la infancia permite además el descubrimiento de las leyes físicas o sociales que gobiernan.
- Desarrollo de habilidades Sociales: Al ser en muchos casos una actividad social, requiere de la interacción con otras personas. Esto permite entrenar al individuo formulas sociales como la jerarquía, las relaciones igualitarias, etc.
- Resistencia a la frustración: El objetivo de algunos juegos se sintetiza en vencer, al contrario, para lo cual se requiere adquirir ciertas habilidades, mejorar el rendimiento, así como alcanzar determinadas metas; por lo anterior dentro de las competencias, si no se magnifica la victoria como el objetivo de mayor relevancia, el juego permite vencer la frustración de no ver cumplidos ciertos objetivos, y por tanto seguir intentando.
- Incrementa la motivación intrínseca: En otras casos, los objetivos del juego no son ganar, siendo este simplemente divertirse mediante una acción placentera y divertida. Cuando esta actividad favorece el reto personal, puede generar una experiencia placentera que mantiene e incita a la acción, cargada de un componente hedónico que provee de sensaciones agradables mientras se ejecuta.
- Instrumento de manejo de la agresividad: Algunos juegos con componentes agresivos permiten la realización de acciones que no son socialmente aceptadas, por tanto, puede funcionar como un instrumento que permita moldear la agresividad.

Es necesario recordar que jugar no es una actividad exclusiva de la infancia, ya que se continúa realizando durante todo el ciclo de vida, facilitando en el adulto utilizar su capacidad creativa; la alternancia del juego (actividad lúdica) y el trabajo (actividad obligatoria) ayuda a que el adulto acepte mejor este último, dándose la posibilidad de renovarse.

Pese a la indudable importancia del juego para el desarrollo personal, el abuso del mismo también puede acarrear problemas, ya que su implicación excesiva puede conducir al abuso, y posteriormente a la dependencia; el ejemplo más característico es quizás la adicción a los juegos de azar, ya que este tipo de juegos por sus características, facilitan el dedicar demasiado tiempo o recursos al mismo, convirtiéndose en una “adicción”.

DEL JUEGO DE AZAR AL JUEGO PATOLOGICO, ANTECEDENTES HISTORICOS.

“Azar” es una palabra de origen árabe (*al-zar*) que significa “dado”, es una combinación de circunstancias o causas imprevisibles, complejas, no lineales, sin plan previo, que provocan que acontezca un determinado acontecimiento que no está condicionado por la relación causa efecto. En el caso de los juegos de azar, la posibilidad de ganar o perder no dependen exclusivamente del jugador, si no que interviene también el “azar”. Se distingue de otras actividades lúdicas por las siguientes características: 1. Son azarosos, es decir el resultado no depende de estrategias, ni de las habilidades del jugador, es decir no es controlable; 2. Se basa en la probabilidad, por tanto los resultados suelen ser impredecibles; 3. Suele apostarse dinero o bienes valiosos, el éxito o el fracaso conlleva ganancias o pérdidas, convirtiéndose en actividades con un importante componente motivacional; 4. En muchos casos están desarrollados y diseñados con una finalidad recaudatoria, en la cual mientras más se apuesta más se pierde.

Los juegos de azar, son una de las actividades lúdicas más remotas en la historia del hombre, se tiene constancia de su existencia en civilizaciones tan antiguas como

la babilónica, Egipcia, China o la hindú (3.000 - 1.500 a E.C.). Los sumerios por ejemplo pulían el hueso astrágalo de algunos rumiantes para que pudiera caer en cuatro posiciones diferentes (similar a los dados); En la civilización romana también alcanza una significancia importante, y en la cual además proliferaron diversos tipos de juego, siendo protagonista de algunos acontecimientos históricos, como el reparto de la túnica de Jesucristo. Avanzando un poco más en la historia, se tiene registro de como los juegos de azar permitía el reparto de territorios entre monarcas medievales, tratándose de una actividad en gran medida privada regulada por los gobernantes, teniendo más un objetivo de orden social, que propiamente recaudatorio. Posteriormente, con la aparición de las loterías, las cuales eran organizada por instituciones como la Corona o la Iglesia, esta actividad cambia su objetivo, ya que en este caso el poder interviene en una actividad en principio lúdica, para obtener para sí beneficios económicos, descubriéndose una forma extraordinaria de recaudar sin padecer el desprecio que siempre han tenido los impuestos. Desde entonces y hasta la fecha, esta forma de recaudar dinero ha permitido el sufragar guerras, se han salvado gobiernos, ha permitido la construcción de edificios, por decir algunos ejemplos. Como podemos apreciar, los juegos de azar no son una conducta reciente, ya que nos han acompañado a lo largo de la historia, quizás por ello en la actualidad que se normaliza tanto su uso al ser ampliamente visto como una forma socialmente aceptable de recreación, considerado por muchos como una actividad agradable e inofensiva, pese a las repercusiones sociales que puede desencadenar.

Como se puede observar, el juego como una adicción no es un padecimiento que haya emergido en el siglo XX, ya que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo la comprensión y estudio de esta entidad desde un enfoque psiquiátrico, comenzó a tomar importancia hasta 1980, al incluirse dentro de la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – III, APA) ubicándolo dentro en la categoría de los trastornos por control de impulsos, condición que se mantuvo con la publicación de su cuarta edición en el año 2002, agrupado dentro en esta misma clase otras entidades como la

cleptomanía, piromanía, tricotilomanía y el trastorno explosivo intermitente. Es hasta la publicación de la quinta edición de DSM (APA 2013), que cambia su categoría, pasando al apartado que corresponde a los trastornos adictivos, esto debido a las similitudes clínicas y etiológicas que comparte con otras adicciones, otro cambio encontrado para esta edición es la reducción en el número de criterios necesarios para su diagnóstico, requiriendo cumplir 4 de un total de 9 criterios, se eliminó también el ítem 8, que hacía referencia a conductas ilegales (fraude, falsificación o robo) para financiar el juego, agregando en cambio especificadores de gravedad y remisión (APA 2002). Por otra parte la Clasificación Internacional de Enfermedad promovida por la Organización Mundial de la Salud, en su décima versión (CIE-10), continúa ubica aun esta entidad en los trastornos por control de impulsos (OMS 1993).

EPIDEMIOLOGIA

Actualmente el juego patológico constituye un problema de salud mental con grandes repercusiones sociales, familiares y personales, ya que desde un modelo médico se trata de una condición crónica y progresiva. La prevalencia en población general estimada para esta entidad va del 1 al 3.4% (Bisso-Andrade 2007), sin embargo con la legalización y promoción globalizada de los juegos de azar, se ha estimado un 54% de incremento en problemas relacionados con apuestas. Es importante recalcar que muchos países (entre ellos el nuestro) no han realizado estudios sobre la conducta del juego y la prevalencia del mismo, limitándose a determinados países su estudio y reportes de prevalencia. La mayoría de los estudios se han realizado en Europa, Asia, América del Norte y Oceanía, a pesar de la falta de estudios, los hallazgos realizados en estas zonas demuestran que el 1% al 5.8% de los individuos cumplen los criterios diagnósticos de Juego Patológico durante el año anterior a sus encuestas, y 0.7% a 6.5% cumplen los criterios diagnósticos en algún momento de su vida. (Calado 2016), Se han encontrado variaciones en las tasas de prevalencia del problema de los juegos de azar en los diferentes continentes, en el caso de América del Norte, los estudios realizados

desde el año 2000 reportan una prevalencia que va del 2% al 5%; En Asia la prevalencia estimada es del 0.5% al 5.8%, en Oceanía 04% a 0.7% y en Europa del 1% al 3.4% (Calado 2016). Como se observa las prevalencias varían entre los diferentes estudios y sitios.

Estados Unidos podría ser el mejor ejemplo como país de cómo ha crecido en los últimos años esta entidad posterior a la legalización de los casinos y juegos de apuestas, con un incremento del 80% en la cantidad de jugadores entre los años 1960 a 1991 (Bahamon 2013). En otros estudios y encuestas realizadas en diversos países (principalmente Europa), se han encontrado las siguientes estadísticas con relación al Juego. Austria (Kalke 2011) reporta una prevalencia en el 2011 del 0.4% al 0.7%, los juegos electrónicos en maquina eran los más frecuentemente reportados (47%), seguidos de las apuestas en deportes (20%) y los jugadores de casino (17%). Bélgica en (Druine 2006) reporto una prevalencia de probables jugadores problema del 0.4%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Francia en 2010 realiza la primera encuesta nacional de juegos de azar (Coste 2011), en esta el 3.7% de los participantes se clasificaron como probables jugadores patológicos, este dato difiere de los resultados recabados por el Instituto Frances de Drogas y Adicciones en el 2015 (Coste 2015), la cual reporta que el 0.5% de los encuestados cumplían con criterios de JP. Alemania en el 2008 realiza su primer estudio de prevalencia basado en los criterios del DSM-IV-TR (Buth, Stover 2008), la prevalencia estimada de JP fue del 0.56%, para el año 2015 su último estudio indica una prevalencia del 0.3%, esta vez considerando los criterios del DSM-5 (Meyer 2015). Gran Bretaña también ha realizado estudios epidemiológicos para medir la magnitud del problema (Orford 2000, Wardle 2007, Wardle 2011), su primera encuesta se realiza en el año 2000, utilizando la escala SOGS (DSM-IVTR), este estima una prevalencia 0.4% - 0.8% (utilizando dos puntos de corte en la escala), cifra que no varía para sus encuestas realizadas en el 2007 (0.3%) y el 2011 (0.4%). Italia por otro lado reporta una prevalencia en el 2013 del 1.27%, como hallazgo de importancia en su población, se observó que el riesgo incrementaba conforme mayor fueran los ingresos del sujeto (Barbaranelli 2013). España es uno

de los países que tiene mayores estudios relacionados con el juego patológico, el problema de estos es que se han llevado a cabo en muestras locales o regionales, un ejemplo de ellos es el realizado en Galicia por Becona, en el año 2004, este reporta una prevalencia para ese año del 0.92% y del 0.31% a lo largo de la vida. (Becona 2004) Pese a que las cifras observadas en estas encuestas se encuentra dentro del rango de prevalencia descrito en la literatura, se deben de tomar en cuenta que no siempre es utilizado el mismo instrumento de medición e incluso los mismos puntos de corte, así como los cambios en los criterios diagnósticos que se han realizado entre la fecha de un estudio otro, así como el hecho de que las mayoría de los instrumentos utilizados son de autoinforme, lo que puede sesgar el resultado. Por otra parte coinciden en localizar como principales factores de riesgo el pertenecer al sexo masculino, no tener una pareja sentimental, el antecedente de un familiar de primer grado con problemas de juego, y una edad más joven (25 a 34 años).

Por ultimo un meta-análisis publicado en el 2008 realizado por Muñoz y Molina, el cual involucro 46 estudios de prevalencia realizados en Australia, Canadá, Estados Unidos, España, Inglaterra, Noruega, Suecia y Suiza entre los años 1997-2007, revelo una prevalencia media en hombres del 5.3% y de 1.3% en mujeres, se observa además que dicha prevalencia era consistente en los diferentes países estudiados, encontrando además, que los adolescentes son el grupo con mayor prevalencia en el uso de juegos de azar, siendo entre los 11 a 18 años de edad el momento en que una gran parte de los jugadores inician conductas de riesgo. Con respecto al género, se halló predominio en el sexo masculino con una relación 4:1 comparado con el femenino, este ultimo conformaba aproximadamente el 24% del total de jugadores patológicos. Las motivaciones presentes en ambos grupos, también se presentaron una notable diferencia, ya que en los varones su principal motivación es la obtención de dinero de forma fácil y la búsqueda de excitación, mientras que en las mujeres, buscan en el juego un método para aliviar algún malestar emocional o hacer frente a la soledad, puede que por dicho motivo la edad en que se inician en el juego tienda a ser más tardía comparada con varones, lo que

además puede sesgar la prevalencia reportada a la fecha de mujeres ludópatas, ya que este género busca con menos frecuencia ayuda, por las censuras sociales existentes aun (Muñoz 2008).

FACTORES ASOCIADOS A JUEGO PATOLOGICO

El proceso de adquisición del juego es crónico, aproximándose que el tiempo que tarda en establecerse la entidad es de aproximadamente 5 a 10 años, en los cuales el sujeto experimenta una exposición a determinados los factores que pudieran ser de riesgo. En lo que respecta a su etiología, es considerada multidimensional, ya que involucra la interacción de factores ambientales, biológicos y genéticos.

Entre los factores de riesgo presentes en el sujeto, se puede considerar la presencia de otras entidades psiquiátricas, se aproxima que el 54% de los jugadores patológicos tienen un trastorno de eje I, y el 25% comorbilidad con eje II, siendo los trastornos principalmente documentados los siguientes: trastornos adictivos o por uso de sustancias, estimándose una prevalencia del 15 al 20% de jugadores patológico en pacientes que ya contaban con diagnóstico de algún trastorno activo, siendo las sustancias más reportadas etanol y la nicotina; Trastornos del afecto: En este rubro se estima que el 76% de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de juego patológico cumplen criterios para trastorno depresivo mayor (ya sea como consecuencia o no del juego) lo que se asocia con un incremento del riesgo suicida, consumándose hasta en el 27% de los pacientes, en lo que respecta a pacientes con otras afecciones del ánimo, se estima la presencia de hipomanía en el 38% de los pacientes hospitalizados con juego patológico, y de manía en el 8%; Otra de las entidades psiquiátricas con las que ha asociado la ludopatía es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el cual se encuentra presente en el 20% de esta población; La relación del juego patológico con la personalidad, también ha sido ampliamente estudiada, relacionándose principalmente con las personalidades pertenecientes al clúster B, especialmente con rasgos o conductas antisociales,

estimándose que del 14-40% de los jugadores patológicos presentan como tal una personalidad de tipo antisocial (Ortiz 2011).

Pasando a los factores ambientales, se sabe que los elementos de mayor riesgo para el desarrollo del juego patológico son haber convivido con otros jugadores patológicos, la exposición temprana a juegos de azar (máquinas tragamonedas, juegos de apuesta) junto la asociación emocional que estas pudiesen desencadenar en el individuo y la existencia de problemas en la dinámica familiar. Se desconoce aún si hay una explicación de carácter hereditario en el desarrollo de este trastorno (CONADIC 2012).

En lo que respecta al estudio de posibles factores hereditarios que pudiesen intervenir en el desarrollo de juego patológico, se han propuesto varios genes candidatos para su estudio, principalmente aquellos relacionados con el sistema dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. Comings y colaboradores encontraron una asociación entre el alelo Taq-A1 del receptor de dopamina (RCOLPS 23) D2 de jugadores patológicos en comparación con sujetos sanos; El gen del receptor D2 y D1 de dopamina, ha sido otro de los ampliamente estudiados, sin embargo los estudios han no son concluyentes (CSEIP 1999) (Bahamon 2006).

MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS

Existen varias teorías que tratan de explicar la ludopatía desde la neurobiología. Algunas suponen la implicación de mecanismos serotoninérgicos, con evidencia a partir de la afinidad nosológica del juego con los trastornos por control de impulsos. Otras y quizás las más aceptadas hacen hincapié en la relación del juego patológico con los trastornos adictivos, señalando la implicación de las vías dopaminérgicas.

Existen cuatro circuitos cerebrales que han sido implicados en el desarrollo del comportamiento adictivo, estudiados también en los jugadores patológicos: el circuito de recompensa: núcleo accumbens; el circuito de motivación: corteza

orbitofrontal; de memoria y aprendizaje: amígdala e hipocampo; circuito de control: corteza prefrontal dorso lateral y giro anterior del cíngulo (Cusack 1993).

Los estudios neuro bioquímicos se han centrado en los neurotransmisores implicados en el juego, mientras que los estudios de neuroimagen han tratado de identificar las posibles alteraciones cognitivas en el cerebro. Dentro de los estudios neurobioquímicos, se resalta el papel que juega la dopamina, este neuromodulador presente en abundancia en las estructuras subcorticales del cerebro, se libera de forma masiva tras la captura de las sustancias psicoactivas, en el caso particular del juego patológico se demostró, mediante estudios que utilizan la tomografía por emisión de positrones, que existe una liberación incrementada de Dopamina. Este neurotransmisor da a su vez una explicación a esta entidad a través del sistema de recompensa, dicho sistema se encuentra presente en la vía mesolímbica, la cual tiene su origen en el área tegmental ventral, dirigiéndose posteriormente hacia el estriado ventral (núcleo accumbens) la amígdala y el hipocampo, de estas estructuras, es el núcleo accumbens es el que más se vincula con los efectos positivos y negativos que pueden presentarse en los trastornos adictivos, ya que las neuronas de esta zona presentan un aumento en su actividad ante la presencia de una recompensa no esperada; de persistir este estímulo, se continuara provocando la liberación de dopamina, lo que con el tiempo, genera un refuerzo que permite contextualizar todo aquello que se vea relacionado al estímulo. Este mecanismo explica además la aparición del craving, parte importante en la motivación de las conductas adictiva (Navas 2014). Otro de los argumentos más convincentes del papel de la dopamina en el juego patológico, provienen de las observaciones clínicas en pacientes con parkinson, estos pacientes se han tratado típicamente con terapia de remplazo con precursores dopaminérgicos o agonistas de la dopamina, notando que en una fracción de ellos, este tratamiento provoca síntomas de ludopatía, la incidencia de juego patológico en estos pacientes es aproximadamente del 8%, la cual es mayor a la reportada en población general (Rash 2016).

En cuanto a lo reportado por los estudios de neuroimagen, se ha demostrado mediante resonancia magnética funcional, que los jugadores patológicos durante los juegos de adivinar, muestran una reducción en la actividad de la corteza prefrontal ventromedial y ventroestriatal (Kalivas 2005). Se ha reportado también que los pacientes que tienen disfunción en áreas de susceptibilidad como la amígdala, tenían bajo desempeño en pruebas de juego. Deduciéndose que la amígdala temporal que la amígdala temporal podría estar alterada en el juego y patológico, así como un deterioro en la función de la corteza orbitofrontal, relacionado con la falla de funciones ejecutivas (Brand 2005).

Neurocognitivamente los cambios conductuales presentes en los jugadores patológicos pueden explicarse en base a programas de reforzamiento por razón aleatoria, en este tipo de programas el reforzamiento no se presenta como consecuencia obligada a la aplicación un estímulo (en comparación con los programas de reforzamiento por razón variable, en los que a cada estímulo le sigue la presencia de una respuesta reforzadora, y por tanto ante una exposición continua, el estímulo tiene que ser cada vez mayor para generar la misma respuesta), sino todo lo contrario, ya que al no es posible asegurar el momento en que una acción va a generar una conducta reforzadora y dado que siempre existe la posibilidad de que pueda o no aparecer el reforzador, no es necesario que el estímulo tenga que ser cada vez mayor para generar una respuesta, es decir que en cada ensayo siempre existe la probabilidad de obtener una recompensa y por tanto la posibilidad de que se obtenga el refuerzo, sin poder predecir el momento en que se recibirá o no. En cuanto a los principales motivadores presentes en esta población, se describe una anticipación a la recompensa, por lo que las conductas realizadas siempre irán dirigidas a una meta, junta las recompensas que esta conlleva. Todos los procesos explicados anteriormente, ira generando distorsiones en la cognición del sujeto que lo motivaran a continuar jugando, entre estas distorsiones se encuentra el desarrollo de creencias erróneas sobre el funcionamiento del azar, estas son principalmente dos: la falacia del jugador y la ilusión del control, en la primera la persona presenta la creencia que una racha de resultados negativos,

tiene que ser seguida de una con resultados positivos; En el segundo tipo de distorsión, la persona presenta la creencia de poder controlar el resultado de la apuesta, llegando a hacer uso de amuletos que permitan obtener resultados a favor, por decir algunos. Estos factores permiten además el mantenimiento del sujeto en el juego, ya que cuando finalmente llega el reforzador, fortalece la percepción ilusoria que tiene la persona (Fernández 2004) (Navas 2014).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS y CLASIFICACIÓN

El reconocimiento del juego patológico, es en 1980 cuando la APA, lo introdujo en su manual diagnóstico. Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en su novena revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades, la incluye como una categoría diagnóstica en la decima revisión (CIE-10) (OMS 1992). Tanto la APA como la OMS, consideran que la persona que padece este trastorno se va haciendo de forma crónica y progresiva incapaz de resistir el impulso de jugar, colocándolo en la categoría de los trastornos por control de impulsos. Actualmente, la APA en la quinta edición de su manual diagnóstico y Estadístico, lo coloca dentro de los trastornos adictivos (APA 2013), dada la estrecha similitud neurobiológica y conductual que comparte con los trastornos por abuso de sustancias, como son la presencia de tolerancia, abstinencia, la pérdida de control, reducción de otras conductas adaptativas y el deterioro en las relaciones sociales, laborales y familiares, convirtiéndose en la primera adicción no toxica reconocida. Entre otros cambios realizados en los criterios diagnósticos, se encuentra la eliminación del criterio que hace referencia a los problemas legales y robos relacionados con el juego, la reducción en el número de criterios necesarios para establecer el diagnóstico, y la presencia de especificadores de gravedad. A continuación se enlistan los criterios establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana, en su quinta edición del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA 2013):

El paciente muestra una conducta de juego persistente y desadaptativa, que se refleja en la presencia de 4 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 12 meses.

- 1) Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
- 2) Fracasos Repetidos en los esfuerzos para controlar el juego.
- 3) Inquietud o irritabilidad cuando se mantiene interrumpido o detiene el juego.
- 4) A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas, (revive de forma imaginaria la experiencia de apuestas pasadas, planifica sus próximas apuestas, o pensando en formas de conseguir dinero para continuar apostando).
- 5) Utilización del juego como vía de escape de los problemas de alivio del malestar emocional (apuesta cuando siente ansiedad, o desasosiego).
- 6) Después de perder dinero en las apuesta, suele volver otro día para intentar ganar. (recuperar perdidas).
- 7) Mentiras a la familia y a los terapeutas sobre la implicación en el juego.
- 8) Puesta en peligro o pérdida de relaciones personales significativas, de trabajo o de oportunidades educativas debido al juego.
- 9) Apoyo económico reiterado por parte de la familia y de los amigos por las pérdidas asociadas al juego.

Especificadores: Episódico o persistente; Se agregan especificadores de Remisión (inicial o continuada) y de gravedad (leve 4-5 criterios, moderado 6-7 criterios, Grave 8-9 criterios).

Existen varias formas de clasificar a los jugadores, entre las mas utilizadas se ha propuesto una que permite orientar al clínico sobre la gravedad y evolución del padecimiento, en base a sus características y actitudes en torno al juego, describiendo 4 tipos de jugadores (PIDCA 2008-2010): jugadores sociales, profesionales, jugadores problema y jugadores patológicos o ludópatas; El primero

tiende a dedicarle un tiempo limitado al juego, apostando cantidades de dinero asumibles según sus posibilidades, puede iniciar y finalizar el juego cuando dese, sin que esto le genere cualquier tipo de conflicto; el segundo utiliza el juego como método para ganar dinero, no existen implicaciones emocionales en las apuestas ya que solo realiza aquellas que sean estadísticamente probables de ganar; En cuanto el jugador problema, realiza las conductas de juego en forma tan frecuente que estas le llegan a generar problemas económicos, llegando a destinar dinero que no estaba dedicado de forma inicial al juego, dedica además más tiempo al juego del establecido inicialmente; Por último el jugador patológico o ludópata, se caracteriza por una dependencia emocional al juego, con pérdida del control respecto a este lo que le genera alteraciones en su funcionamiento en cualquier esfera de su vida diaria. Una de las ventajas que nos ofrece esta clasificación, es permitir conocer las diferentes etapas por las que atraviesa un jugador, lo que podría ser de utilidad clínica en la detección temprana a los jugadores problema, permitiendo ser canalizados a una atención oportuna.

Otra forma de clasificar el juego patológico es de acuerdo a uno de los tres subtipos (Hollander 1998): Impulsivo, Obsesivo Compulsivo y Adictivo. El subtipo Impulsivo es más frecuente en hombres jóvenes adultos que adoptan decisiones y comportamientos riesgosos, con poca habilidad para planear, por lo que presentan mayor severidad de los síntomas comparado con otros subtipos; El subtipo Obsesivo/Compulsivo, tiende a iniciar después de una experiencia traumática, predomina en mujeres que inician los síntomas en la edad media, y tiene mayores tasas de depresión; El subtipo adictivo representa el 50 a 60% de los pacientes con juego patológico. Tienden a gastar menos dinero por ocasión, presentan mayor comorbilidad con consumo de etanol y con deterioro de las funciones ejecutivas, principalmente la toma de decisiones.

Blaszczynski y Nower (Erbas B. 2012) propone otro tipo de clasificación, separando a los jugadores en cuatro tipos distintos: Jugador Puro: Persona que padece juego patológico y la mayor parte de la sintomatología que presenta se encuentra

íntimamente relacionada con dicha conducta; Jugadores Patológicos vulnerables emocionalmente: en este grupo predominan los trastornos de ansiedad y depresión, con dificultades para afrontar y resolver problemas, el comportamiento de juego tiende a ser más problemático, siendo más inestable y con mayores dificultades de adaptación social; Jugadores patológicos antisociales e impulsivos: Este grupo, tal como su nombre lo indica tiene una alta prevalencia de trastorno antisocial, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos relacionados con el control de impulsos, siendo difícil de motivar para iniciar un tratamiento, presentan también un bajo cumplimiento y altas tasas de deserción; Enfermo mental que presenta Juego Patológico: Aquí se engloba a las personas que presentan juego patológico y otro trastorno mental grave como esquizofrenia, trastorno Bipolar, Trastornos graves de la personalidad etc. (Erbas 2012).

DIAGNOSTICO E INSTRUMENTOS DE ESCRUTINIO.

El diagnóstico del jugador patológico es principalmente clínico, y supone una evaluación integral, dadas las alteraciones presentes en la adaptación familiar, laboral, económica y social del sujeto, como por su estrecha relación con otros trastornos mentales. Una de las principales limitaciones en la evaluación del jugador patológico es la fiabilidad de los datos que el paciente proporcione, por lo que es necesario contrastar la información que aporte el jugador, con la que pueden aportar personas significativas en su vida.

Algunos instrumentos y procedimientos que se utilizan en la evaluación de los jugadores patológicos son: La entrevista estructurada de la historia del juego; *El Gambling Severity Index* (Lesieur, Blume 1991), este instrumento permite valorar la gravedad del juego y es una versión abreviada del *Addiction Severity Index*, adaptada a problemas de juego; *El cuestionario de Juego Patológico South Oaks SOGS* (Leusier, Blume 1987), cuestionario de auto-reporte que consta de 20 ítems basados en los criterios del DSM-III-R, es de carácter atemporal por lo que no es sensible a cambios posterior al tratamiento; *Cuestionario de evaluación de variables*

dependientes del juego (Becoña 1996), este instrumento consta de 5 ítems que evalúan las conductas alteradas específicas en el juego y su nivel de gravedad, existen dos versiones, una para paciente y otra para familiar, lo que permite comprobar la veracidad e la información; *Inventario de Pensamientos sobre el juego* (Echeburua 1994), es un listado de 27 ítems binarios dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del jugador, tiene además una alta capacidad para detectar los sesgos cognitivos que presentan los jugadores; Cuestionario de Lie-Bet (Johnson 1997), instrumento escrutinio de dos preguntas, que indagan si el sujeto ha sentido la necesidad de apostar en mayor cantidad o si ha mentado a personas significativas sobre el dinero gastado en las apuestas.

Existen otras escalas como la Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling (PG-YBOCS), la Gambling Attitudes Scale (GAS) y la Canadian Problem Gambling Index (CPGI) principalmente, que han permitido determinar diferentes elementos del juego patológico, como son la gravedad o el tipo de conducta que motiva el juego, sin embargo, hoy día la escala SOGS, continua siendo la más utilizada por su facilidad, así como su cualidad de ser auto aplicable y su alta confiabilidad (Salinas 2004)

PANORAMA DEL JUEGO PATOLOGICO EN MÉXICO.

Por desgracia, en nuestro país son escasos los estudios realizados para estadificar esta entidad, la Federación Mexicana de Jugadores de Riesgo (FEMEJURI) estiman una prevalencia aproximada del 5% en algunos de sus estudios realizados de forma independiente, sin embargo no contamos con datos epidemiológicos más precisos debido al poco estudio que se le ha dado al problema. Es oportuno mencionar, que en comparación de otros países como Estados Unidos, en México no existen disposiciones legales adecuadas que pueda regular la operación de casinos y/o realización de juegos de azar.

Como antecedente de importancia, es importante recordar que la historia de los casinos en nuestro país inicio en el año 1907, cuando Porfirio Díaz comenzó la iniciativa de volver los juegos de azar en un negocio de atracción, sin embargo en 1938 el entonces presidente de la republica Lázaro Cárdenas del Río, decreto la prohibición de la instalación y operación de casinos en México ya que eran considerados como “centros de vicio”. En 1947, el Presidente Miguel Alemán expide la ley Federal de Juegos y Sorteos, la cual prohibía en todo el territorio nacional los juegos de azar o de apuestas, el problema en esta nueva ley, radica en que como tal no menciona el giro “casino” por lo que no queda establecida en términos legas su prohibición, quedando por tanto en manos de la Secretaria de Gobernación (SEGOB) la autorización, control y clausura de juegos de apuesta (Rueda 2008). A principios del 1996, surgió la propuesta de permitir el establecimiento de casinos como apoyo al turismo por parte de grupos empresariales , sin embargo es hasta el 2005, que la SEGOB, otorgo el permiso para la realización de apertura y operación de apuestas en hipódromos y galodromos, así como para la instalación de centros de apuestas y salas de sorteos de números, a sociedades mercantiles debidamente constituidas conforme las leyes del Estado Mexicano, da permiso además a la operación de apuestas en ferias a personas morales (Art. 20 LFJS). Estos cambios son de suma importancia ya que para septiembre del 2012, la Dirección General de Juegos y Sorteos, informa la presencia de 679 establecimientos que pueden llegar a operar y 359 establecimientos operando, la mayoría ubicados en la zona norte del país, Jalisco, Estado de México y Distrito Federal, estimando además que para el 2018, se sumaran cerca de 341 nuevos establecimientos. Hay que recordar además que los casinos no son las únicas fuentes de apuestas disponibles, es necesario recordar la existencia de máquinas tragamonedas y su creciente incremento las cuales son la principalmente utilizados por la población joven, lo que permite una exposición temprana al juego; por otro lado actualmente también se cuenta con casas de juego on-line, sitios que pueden favorecer el aumento de jugadores patológicos o exposición temprana en sujetos predispuestos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país relacionado con los trastornos adictivos, en la actualidad no miden la prevalencia del juego patológico, esto se debe en parte a que no contamos con escalas adaptadas a nuestra población, que nos permita estimar la prevalencia del problema.

¿Qué implicaciones tiene y porque el tener una escala que pueda ayudarnos un tamiz que detecte a potenciales jugadores patológicos? Como se explicó anteriormente, los jugadores patológicos y sus familiares presentan importantes consecuencias de carácter financiero, social, familiar y emocional, además de la fuerte relación que mantiene esta entidad con otros trastornos adictivos. Pese a que en nuestro país no contamos con datos epidemiológicos que nos permitan conocer la prevalencia de este trastorno, se han identificados ya varios casos de esta entidad, principalmente en estados del norte y centro de la república, los cuales se han incrementado a partir de la legalización de casinos y juegos de azar dentro del territorio, con el consecuente incremento en número de establecimientos dedicados a estas actividades. Por lo anterior y debido a las características clínicas del trastorno, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONACID), ha establecido la importancia de realizar investigación nacional con enfoque a la prevención, detección, diagnóstico y manejo de pacientes ludópatas, por lo que en Julio del 2012 integro junto otras 20 instituciones públicas y privadas –dentro de la que se encuentra el INPRFM- un Grupo Interinstitucional de trabajo, con el propósito de diseñar políticas públicas para la prevención y atención del juego patológico, con intención de enfatizar en la magnitud del problema. Pese a estos esfuerzos, a la fecha gran parte de las estrategias planteadas por dicho grupo no se han podido realizar, partiendo del hecho de que no contamos con instrumentos diagnósticos adaptados a nuestra población, que funcionen como un método de tamizaje de posibles jugadores patológicos, dificultando de esta forma la estadificación, detección oportuna y manejo de estos pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Hoy día, existe una gran cantidad de escalas que permiten la detección de jugadores patológicos así como su estatificación clínica en base a la gravedad de la entidad, pese a esto no existe a la fecha una escala adaptada a nuestra población, lo que refleja los pocos estudios realizados en nuestra región. Contrario a esto, se estima que debido a las características de nuestra sociedad actual y el aumento en el número de establecimientos dedicados a los juegos de azar, incrementa la prevalencia de este trastorno, lo que podría generar repercusiones sociales negativas. Es necesario por ende impulsar la investigación en torno a este problema de salud pública, con el objetivo iniciar acciones que nos permitan identificar y tratar de forma oportuna jugadores patológicos o población en riesgo, especialmente en zonas de alarma. Una forma de medir las características epidemiológicas de una entidad y el impacto que pudiese tener en la población es mediante el uso de encuestas o pruebas estandarizadas, sin embargo para ello es necesario el contar con instrumentos de medición estandarizados y homogéneos. La Escala SOGS (Lesieur y Blume 1987), fue el primer instrumento publicado para la identificación de jugadores patológicos basado en los criterios propuestos por el DSM III para su diagnóstico, pese al cambio en las ediciones de este manual, la escala continúa siendo el cuestionario más difundido y utilizado para la evaluación del juego patológico, tanto en escenarios clínicos como epidemiológicos por su fiabilidad y validez, siendo adaptada a varias poblaciones. Es por ello que consideramos indispensable la adaptación y validación de dicho instrumento a nuestra población, lo que facilitaría además un método de diagnóstico temprano, así como facilitar la estimación de la prevalencia real del juego patológico en México, permitiendo la realización de programas enfocados a la prevención, diagnóstico e intervención oportuna.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, junto la Comisión Nacional Contra las Adicciones, el Centro Nacional para la prevención y Control de las Adicciones, el Instituto Nacional de Salud Pública, así como otras asociaciones,

grupos interinstitucionales y estatales de salud, a partir del Grupo Interdisciplinario para la Prevención y Atención del Juego Patológico, han intentado realizar acciones que favorezcan la investigación, prevención, detección temprana, derivación, capacitación y tratamiento de este problema sanitario, siendo las líneas de acción que corresponden a nuestra institución el adaptar y validar escalas que permitan la detección de este problema así como gestionar recursos para realizar encuestas que faciliten detectar la prevalencia de jugadores patológicos, esto podría permitir la incorporación de indicadores globales en las encuestas nacionales y locales de adicciones y de salud mental.

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna: El cuestionario para juego patológico South Oaks Gambling Screen presentará una adecuada capacidad de discriminación entre pacientes con el diagnóstico y población sana.

Hipótesis Nula: El South Oaks Gambling Scree, no es un instrumento útil como método de tamizaje de jugadores patológicos en población mexicana.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Adaptar el cuestionario para juego patológico South Oaks Gambling Screen en su versión al español para uso en población mexicana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar a nuestro idioma el cuestionario South Oaks Gambling Screen
- Calcular la confiabilidad del cuestionario South Oaks Gambling Screen en población mexicana.
- Calcular la validez discriminativa del cuestionario South Oaks Gambling Screen en población mexicana.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

De acuerdo al *modelo arquitectural de la investigación* propuesto por Alvan Feinstein la propuesta general del estudio de *Proceso*, el tipo de agente es un *Procedimiento*, en cuanto a la asignación del agente es un *Escrutinio*, en su dirección temporal es *Longitudinal (test-retest)* y de acuerdo a la composición de grupos en *Homodémico* (Feinstein 1985).

MUESTRA

Se recluto un total de 250 participantes. Este total se divide en dos grupos: Un grupo control el cual se conformó por un total de 199 participantes que tenían como característica ser mayores de 18 años y no contar con un diagnóstico psiquiátrico presente al momento de la evaluación, sin importar sexo.

El segundo conjunto pertenece al grupo clínico, en el cual se conformó por 51 participantes en los cuales se constató el diagnóstico clínico de juego patológico, ya sea en la actualidad o en algún momento de su vida, en este grupo se aceptaron todos aquellos participantes que se lograran reclutar en el periodo de febrero a mayo del 2017, sin importar sexo, provenientes del Centro de Atención a la Ludopatía y al Crecimiento Integral AC.

TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra dependió de la cantidad de sujetos pertenecientes al Centro de Atención a la Ludopatía y al Crecimiento Integral AC. Incluyendo aquellos que acudieron por primera vez en el periodo de febrero a mayo del 2017. A todos los sujetos que se les propuso decidieron participar en el estudio, por lo que no hubo sujetos que se negaran a participar. Fueron eliminados tres sujetos debido a que contestaron de manera inadecuada o incompleta el instrumento. Finalmente la muestra se constituyó de 51 ludópatas y 199 controles.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Población control: Hombres y Mujeres de 18 a 65 años, quienes acepten participar en el estudio y llenar el consentimiento informado. Que no cuenten con diagnóstico de trastorno por juego, o que se encuentren en manejo por alguna patología de índole psiquiátrico, que sepan leer y escribir.

Población Clínica: Hombres y mujeres, de 18 a 65 años de edad, que cumplan o hayan cumplido con los criterios diagnósticos de Trastorno por juego, basando en lo establecido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, que además sepan leer y escribir. Los participantes deberán aceptar llenar el consentimiento informado y participar en el estudio. La población clínica proviene del Centro de Atención a la Ludopatía y al Crecimiento Integral AC.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Participantes que se sepan con algún padecimiento psiquiátrico o que se encuentren en atención por alguna condición psiquiátrica.

Que no sepan Leer y escribir. Personas que se niegan a participar en el estudio.

Personas que manifiesten incapacidad para comprender los reactivos de la prueba.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Cuestionario de Juego Patológico South Oaks (SOGS): Instrumento cuyo objetivo es evaluar la dependencia al juego en población adulta, fue diseñada por Lesieur y Blume en 1987, basada inicialmente en los criterios diagnósticos del DSM III, y adaptada a población Española por Echeburúa y colaboradores en 1994.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El Cuestionario de Juego Patológico South Oaks (SOGS) fue elaborado por Lesieur y Blume en 1987 con la finalidad de evaluar en poco tiempo a aquellos sujetos con criterios de juego patológico. El instrumento consta de 20 reactivos que son auto-aplicables que exploran siete componentes que se corresponden con el diagnóstico de juego patológico de acuerdo a los criterios del DSM-III y DSM-III-R, pues el instrumento tiene las modificaciones hechas para esta edición. Los siete componentes que explora el instrumento son: 1) disrupción familiar; 2) disrupción laboral; 3) mentir en relación a las ganancias o las pérdidas durante el juego; 4) incumplimientos en deudas; 5) acudir a alguien para solventar deudas; 6) solicitar préstamos ilegales y 7) incurrir en situaciones ilegales para financiar el juego. De los 20 reactivos de los que se conforma el SOGS solo 16 aportan información clínica; el 1,2,3,12 y 16j no son tomados en cuenta. Las alternativas de respuesta son si/no. Durante el primer estudio de validación el 1987 se estableció un punto de corte de 5 que equivale al menos cinco reactivos contestados de forma positiva, mediante este valor umbral se obtuvieron medidas adecuadas de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico. El instrumento mostro una adecuada confiabilidad (alfa de Cronbach = .97, $p < .001$) y un coeficiente test-retest = 0.71 (Lesieur y Blume,1987; Lesieur 1993).

La versión empleada en este estudio es la elaborada en castellano por Echeburúa y colaboradores, misma cuenta con una fiabilidad test-retest = 0.98; y coeficiente de alfa de Crombach= 0.94. En este estudio se elaboró el primer análisis factorial del

instrumento obteniéndose dos factores, tomándose en cuenta los reactivos que puntúan igual o por arriba de 0.40, el primer factor abarca 13 reactivos y representa una dimensión general de dependencia al juego y explica el 37 % de la varianza, el segundo factor que comprende 5 reactivos, reflejó fundamentalmente una dimensión de endeudamiento y explica el 17% de la varianza (Echeburúa 1994).

VARIABLES CLÍNICAS

Se recabara la información básica del paciente mediante el llenado de una hoja de recolección de datos previa aplicación del cuestionario, la cual proporcionara género, edad, escolaridad, ocupación, si cuenta o no con pareja y religión. El diagnóstico se establecerá conforme el puntaje final del cuestionario SOGS y la entrevista clínica.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALAS DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE				
Edad	Numérica discreta	Número de años de vida a partir de la fecha de nacimiento	Cifra numérica obtenida en la hoja de datos clínicos.	Años
Género	Nominal dicotómica	Condición establecida por el rol social con el que se identifica una persona, ya sea femenino o masculino	Genero codificado como masculino o femenino en la hoja de datos clínicos.	Masculino Femenino
DEPENDIENTE				
Puntaje SOGS	Cualitativa dicotómica		De acuerdo a los puntos de corte de la versión española, se considera caso todo aquel con un puntaje final mayor a 5.	Positivo/ negativo
Diagnóstico de Juego Patológico	Nominal dicotómica:	Padecimiento o afección, caracterizado por la falta de control de impulsos y deseo irreprimible de participar en juegos de azar y apuestas.	Presencia o ausencia del diagnóstico de juego patológico en la entrevista clínica.	DSM-V

PROCEDIMIENTOS

Durante la primera fase del protocolo, se culturizará el cuestionario SOGS validado a población española por Echeburúa, con la intención de que sea comprensible para el léxico mexicano. Se realizará una prueba piloto para confirmar la comprensión de los ítems en la población general una prueba piloto a 30 participantes, se solicitará además la aprobación de la clínica de trastornos adictivos, expertos en temas relacionados a conductas adictivas.

Durante la segunda fase del protocolo, se acudirá al Centro de Atención a Ludopatía y Crecimiento Integral (CALCI), donde se seleccionará a aquellas personas candidatas para ingresar al protocolo como población clínica. Inicialmente se corroborará el diagnóstico de juego patológico en los candidatos, mediante la realización de una entrevista clínica estructurada basada en los criterios del DSM-5. De confirmar el diagnóstico, el investigador explicará a los participantes de forma detallada las bases del proyecto así como los procedimientos que se llevarán a cabo, dando a firmar el consentimiento informado. Se dará a llenar una hoja de recolección de datos clínicos (edad, género, escolaridad, ocupación, si cuenta o no con pareja, religión) y posteriormente el cuestionario SOGS. Al término se preguntará si es posible realizarle una segunda aplicación del cuestionario dentro de un mes, en cuya cita solo se aplicará el cuestionario SOGS.

En el caso de la población control, una vez invitados a participar y explicado los objetivos de la investigación, se pasará inmediatamente a la firma y discusión del consentimiento informado, así como el llenado de la hoja de recolección de datos y el cuestionario SOGS, a esta población no se le realizará una segunda aplicación del cuestionario. La población control se obtendrá de sitios públicos ajenos al instituto, a quienes primero se les preguntará si actualmente reciben alguna atención de índole psiquiátrica o psicoterapéutica.

Se calificaron los cuestionarios de forma continua mediante el puntaje total y de forma categórica. Se calculara el coeficiente de confiabilidad test-retest, mediante la prueba t para muestras pareadas; Para evaluar el grado de acuerdo entre las dos mediciones de manera categórica se empleo el coeficiente Kappa. La consistencia interna del instrumento se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en la muestra total.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó de acuerdo a los principios generales estipulados en declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los participantes se les informo y dio a firmar un consentimiento informado, mismo en el que incluía la explicación del estudio y en la cual se garantiza que el sujeto no será sometido a ningún riesgo durante su participación en el estudio. Los datos generados en la investigación son utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983) y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de los pacientes que accedan a participar.

CONFIDENCIALIDAD

Antes del ingreso al protocolo de investigación el paciente habrá leído el consentimiento informado. Este documento deberá ser firmado, haciéndoseles entrega de una copia del documento. Durante toda la investigación se omitirán en las bases de datos los nombres de los participantes, estos serán asignados a un folio secuencial para los análisis estadísticos. Los pacientes pueden retirarse en cualquier momento del transcurso de la investigación.

CONSIDERACIONES FINANCIERA

Recursos humanos y materiales.

El financiamiento de los materiales de papelería e informática utilizados, serán aportados por el Investigador. El personal que participará será el médico residente titular del presente estudio y los tutores teórico y metodológico.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Diciembre 2015	Marzo 2016	Marzo 2016 a febrero 2017	1er trimestre 2017	2do trimestre 2017
Entrega de anteproyecto	X				
Dictamen por el comité de tesis y de ética		X			
Captación de sujetos			X		
Concentración de datos			X		
Análisis de resultados			X	X	
Elaboración de informe final y entrega de proyecto				X	X

INSTRUMENTO

El Cuestionario de Juego Patológico South Oaks (SOGS) fue elaborado por Lesieur y Blume en 1987 con la finalidad de evaluar en poco tiempo a aquellos sujetos con criterios de juego patológico. El instrumento consta de 20 reactivos que son auto-aplicables que exploran siete componentes que se corresponden con el diagnóstico de juego patológico de acuerdo a los criterios del DSM-III-R, pues el instrumento tiene las modificaciones hechas para esta edición. Los siete componentes que explora el instrumento son: 1) disrupción familiar; 2) disrupción laboral; 3) mentir en relación a las ganancias o las pérdidas durante el juego; 4) incumplimientos en deudas; 5) acudir a alguien para solventar deudas; 6) solicitar préstamos ilegales y 7) incurrir en situaciones ilegales para financiar el juego. De los 20 reactivos de los que se conforma el SOGS solo 16 aportan información clínica (aunque el reactivo 16, se compone de 10 ítems que son considerados en la suma final de forma independiente); el 1,2,3,12 y 16j no son tomados en cuenta. Las alternativas de respuesta son en su mayoría si/no. Durante el primer estudio de validación el 1987 se estableció un punto de corte de 5 que equivale al menos cinco reactivos contestados de forma positiva, mediante este valor umbral se obtuvieron medidas adecuadas de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico. El instrumento mostro una adecuada confiabilidad (alfa de Cronbach = .97, $p < .001$) y un coeficiente test-retest = 0.71 (Lesieur y Blume,1987; Lesieur 1993). En este estudio se sugirieron los siguientes puntos de corte:

- Puntaje Total de 0-2: Se considera que no tienen ningún problema con el juego.
- Puntaje Total de 3-4: Problemas Leves con el juego (Jugador Problema).
- Puntaje Total +5: Probable jugador patológico.

La versión empleada en este estudio es la elaborada en castellano por Echeburúa y colaboradores, misma cuenta con una fiabilidad test-retest = 0.98; y coeficiente de alfa de Cronbach= 0.94. En este estudio se elaboró el primer análisis factorial del

instrumento obteniéndose dos factores, tomándose en cuenta los reactivos que puntúan igual o por arriba de 0.40, el primer factor abarca 13 reactivos y representa una dimensión general de dependencia al juego y explica el 37 % de la varianza, el segundo factor que comprende 5 reactivos, reflejó fundamentalmente una dimensión de endeudamiento y explica el 17% de la varianza.

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en la Ciudad de México. Inicialmente se culturizó el cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS Leusier 1993), en su versión traducida para población española por Echeburúa en 1994, a términos de mayor comprensión para el léxico mexicano. A la escala resultante se le realizó una prueba piloto 30 sujetos, para comprobar su comprensibilidad.

Una vez aprobada la traducción de la escala, se procedió a la aplicación de la misma en los dos grupos participantes (control y clínico). La muestra clínica se obtuvo del Centro de Atención de Ludopatía Y Crecimiento Integral A.C. (CALCI). Para corroborar el diagnóstico de Juego patológico se realizó en este grupo de participantes una entrevista psiquiátrica diagnóstica, no estructurada, realizada por el residente en psiquiatría elaborador de este protocolo. En caso de ser positivo el diagnóstico se le invitó al sujeto a participar en el proyecto previa firma de un consentimiento informado, con replicación de dicho cuestionario un mes más tarde.

En el caso del grupo control, se localizó a la población utilizando el método en cadena o bola de nieve, hasta conseguir un total de 199 sujetos, a los cuales se les invitó a participar previa información de los objetivos del estudio, y firma de consentimiento informado. En el caso de la población control, no se realizó una segunda aplicación del cuestionario.

ANÁLISIS DE DATOS

Se describieron las frecuencias y los porcentajes de las variables socio-demográficas. Se analizaron los resultados del cuestionario SOGS de manera dimensional, con el puntaje global obtenido, mismo que va de 0 a 20; y de forma categórica con el resultado de positivo o negativo en cuanto al diagnóstico de juego patológico, tomándose para tal distinción un como punto de corte 5 que fue el establecido en la escala original (Lesieur y Blume, 1987) y que se mantuvo en la primera validación al español (Echeburúa, 1994).

La consistencia interna del instrumento se determinó con el alfa de Crombach, tanto en la muestra total como en cada uno de los dos grupos.

Se calculo el coeficiente de confiabilidad test-retest, mediante la prueba t para muestras pareadas, incluyendo los 51 realizados de forma inicial a al grupo clínico y el realizado a este mismo grupo cuatro semanas después. Se estableció un nivel de significancia menor a 0.005.

Se empleó la prueba de chi-cuadrado para analizar las diferencias de cada reactivo entre la población de jugadores patológicos y los no jugadores patológicos y de este modo evaluar la validez discriminativa. Se estableció un nivel de significancia menor a 0.005.

Se procedió a crear un grupo con puntajes altos y otro grupo con puntajes bajos del SOGS. Estos grupos se sometieron a un análisis comparativo utilizando la prueba *t de student* para muestras independientes, en la cual los valores deben ser menores o iguales al 0.05 para considerarlos con poder discriminativo, los valores mayores no tienen poder discriminativo.

Se realizo un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax. Para la definición de cada factor solo se toma en cuenta aquellos ítems que saturan

igual o por encima de 0.40 y que no presentan de cuantía similar en los otros factores de la matriz factorial.

Se obtuvieron los valores de sensibilidad, especificidad y eficacia diagnóstica.

RESULTADOS

Se aplicó el instrumento a un total de 250 sujetos, de los cuales 199 pertenecen a una población “normal” es decir población abierta, y 51 a una población con problemas de juego identificados (Tabla 1).

Se encontraron los siguientes datos sociodemográficos: Del total de la población, 151 sujetos (60.4%) pertenecían al sexo femenino y 99 (39.6%) al masculino, en el caso específico de la población clínica el número de mujeres encuestadas fue de 17 (33.3%) y 34 hombres (66.6%) (Tabla 1).

Los rangos de edad fueron de 22 a 65 años, con una media en la población total de 37 años. En lo que respecta al estado civil en el grupo control el 59.2 % (118) se describían con alguna relación de pareja el momento de la aplicación y el 40.7% (81) sin pareja, para el grupo clínico el 56.8% (29) se encontraba se describía con pareja y el 43.13% (22) sin pareja. Para el nivel de estudios, el 67.7% (169) del total poblacional contaban con una licenciatura, por subgrupos el porcentaje era del 76.8% para la población control y del 31% para la clínica. Por último, el 84% de los encuestados en el grupo clínico realizan alguna actividad económicamente remunerable, y el 78.3% para la población control (Tabla 1).

Tabla 1: Características Sociales de la Población				
		Control	Clínico	Total
Sexo	Femenino	134 (67.3%)	17 (33.3%)	151 (60.4%)
	Masculino	65 (32.6%)	34 (66.6%)	99 (39.6%)
Edad (años)	Rango	23 - 65	22 - 65	22 - 65
	Media	39	49	37
Estado Civil	Con pareja	118 (59.2%)	29 (56.8%)	147 (58.8%)
	Sin pareja	103 (41.2%)	22 (43.2%)	103 (41.2%)
Nivel Educativo	Primaria	6 (3%)	7 (13%)	13 (5.2%)
	Secundaria	11 (5.5%)	12 (23.5%)	23 (9.2%)
	Bachillerato	29 (14.5%)	16 (31.3%)	45 (18%)
	Licenciatura	153 (77%)	16 (31.3%)	168 (67.7%)
Actividad Remunerable	Con Ingresos propios	150 (78.3%)	43 (84.3%)	193 (77.2%)
	Sin Ingresos propios	49 (24.7%)	8 (15.7%)	57 (22.8%)

Al interrogar sobre la presencia de personas en la vida del sujeto, que el identifique con problemas de juego, se encontró que el 78.4% de los sujetos control no identificaban a ningún pariente consanguíneo con problemas de juego, 10.5% identificaba un familiar de primer grado o segundo grado con problemas de juego. En la población clínica el 29.4% reporta no identificar algún pariente de primer o segundo grado con problemas de juego, y el 60.7% reportan un familiar de primer o segundo grado con problemas de juego, el familiar que mayormente se reporta en ambos grupos es el padre.

Confiabilidad.

El **índice de consistencia interna** obtenido mediante el coeficiente *alfa de Cronbach* de la muestra total de sujetos (N = 250) es de 0.966. Si se evalúa por grupos, el *alfa de Cronbach* de los jugadores patológicos es de 0.826 y del grupo control del 0.572.

El **coeficiente de fiabilidad test-retest** de los sujetos con juego patológico es de 0.978 ($p < 0.005$) a las 4 semanas entre ambas aplicaciones.

Validez

La **validez de contenido** se refiere al grado que un instrumento de medida abarca una muestra representativa de las conductas que son objeto de evaluación. Este tipo de validez en el SOGS, se establece en base a como el instrumento cubre los criterios diagnósticos establecidos en el DSM (inicialmente en el DSM-III-R), ya que interroga 7 de los nueve criterios establecidos para el DSM-III-R, pero para el caso del DSM-5 solo abarca 6 de los 9 criterios, cubriendo el 66.6% del contenido de los criterios diagnósticos; Considerando que solo se requieren 4 de los nueve criterios para establecer un diagnóstico, podría considerarse una prueba válida para medir la presencia del trastorno.

La **validez discriminativa**, se empleó para determinar si el SOGS sirve para discriminar a los jugadores patológicos de los sujetos “normales”, y si existe algún ítem que discrimina específicamente entre ambos grupos, como se observa en la tabla 2, el SOGS discrimina adecuadamente entre los sujetos con el trastorno, de aquellos que no lo presentan. En el caso de los controles se puede observar que es menor y significativo ya que no tienen juego patológico (Tabla 2).

Tabla 2: Validez Discriminativa de cada ítem del SOGS				
Numero de ítem	Frecuencia de Respuestas Positivas		X2	Sig.
	Jugadores Patológicos	Controles		
Ítem 4	82.4%	2%	174.530	0.00*
Ítem 5	82.4%	0%	196.974	0.00*
Ítem 6	82.4%	0%	196.974	0.00*
Ítem 7	98.0%	7%	176.519	0.00*
Ítem 8	76.5%	0%	189.304	0.00*
Ítem 9	74.5%	5%	126.342	0.00*
Ítem 10	64.5%	0%	148.346	0.00*
Ítem 11	74.5%	0%	174.852	0.00*
Ítem 13	68.6%	1%	147.219	0.00*
Ítem 14	56.9%	1%	116.607	0.00*
Ítem 15	84.3%	1%	190.88	0.00*
Ítem 16 A	76.5%	0%	180.304	0.00*
Ítem 16 B	37.3%	0%	80.235	0.00*
Ítem 16 C	43.1%	1%	83.037	0.00*
Ítem 16 D	41.2%	2.5%	65.126	0.00*
Ítem 16 E	54.9%	0%	123.035	0.00*
Ítem 16 F	33.3%	0%	71.173	0.00*
Ítem 16 G	29.4%	0%	62.625	0.00*
Ítem 16 H	17.6%	0%	36.429	0.00*

* $p < 0.005$, No se consideran los ítems 1,2,3,12 y 16i, porque no puntúan en el SOGS

Para medir el **poder discriminativo** se procedió a crear un grupo con puntajes altos y otro grupo con puntajes bajos del SOGS. Estos grupos se sometieron a un análisis comparativo utilizando la prueba t para muestras independientes, en la cual los valores deben ser menores o iguales al 0.05 para considerarlos con poder discriminativo, los valores mayores no tienen poder discriminativo. En casos clínicos los resultados obtenidos nos indican que los ítems P6, y P9 no tiene la capacidad de discriminar entre puntajes bajos y altos, esto se correlaciona con lo observado clínicamente en el grupo y su conciencia de enfermedad (Tabla 3).

Tabla 3: Poder Discriminativo por ítem, grupo Jugadores Patológicos.		
Numero de Ítem	t	Significancia*
Ítem 4	5.537	.000*
Ítem 5	3.943	.001*
Ítem 6	1.0	.330
Ítem 7	5.537	.000*
Ítem 8	8.718	.000*
Ítem 9	0.503	.621
Ítem 10	3.943	.001*
Ítem 11	4.11	.001*
Ítem 13	5.537	.000*
Ítem 14	6.164	.000*
Ítem 15	5.627	.000*
Ítem 16 A	3.082	.006*
Ítem 16 B	5.537	.000*
Ítem 16 C	3.376	.003*
Ítem 16 D	9.074	.000*
Ítem 16 E	4.194	.000*
Ítem 16 F	4.819	.000*
Ítem 16 G	2.333	.031*

**p < 0.005, No se consideran los ítems 1,2,3,12 y 16i, porque no puntúan en el SOGS*

Análisis Factorial

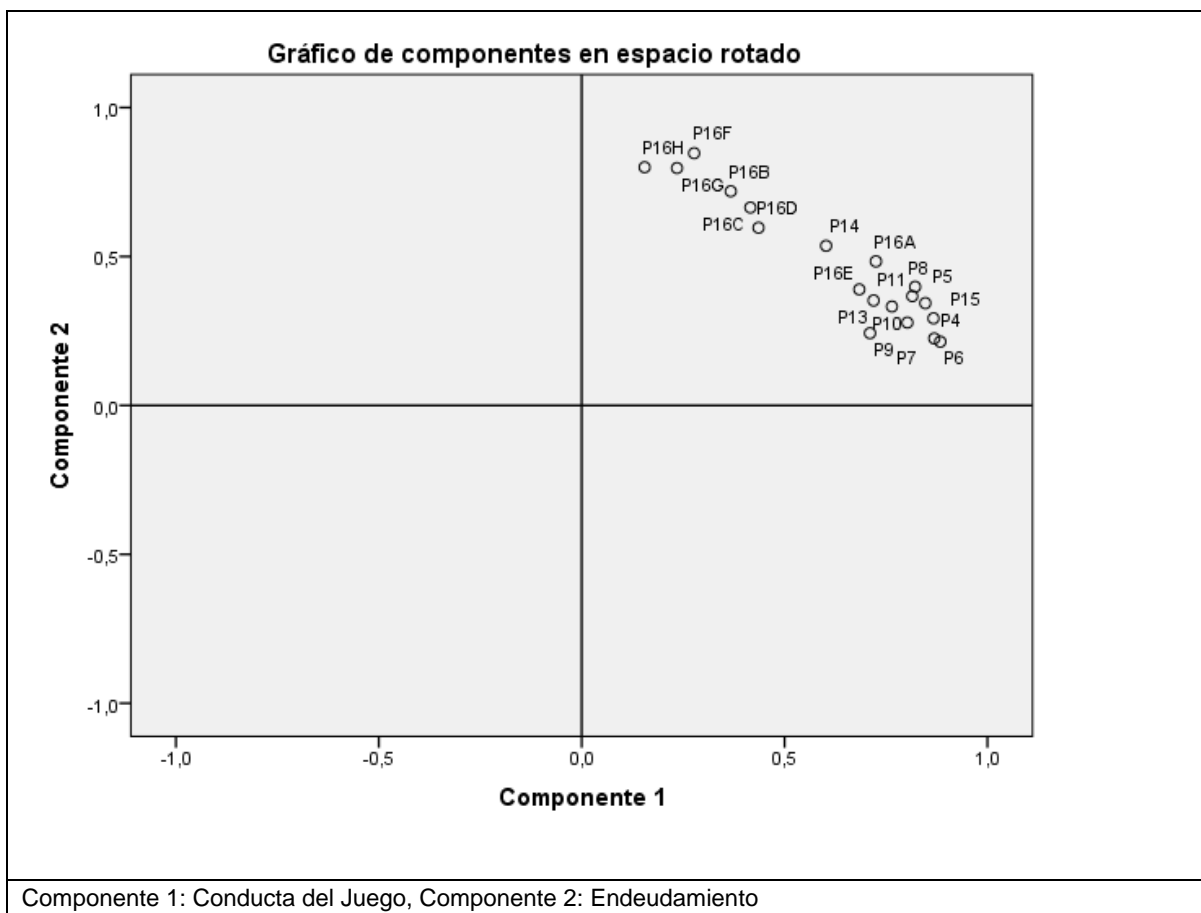
Se realizó un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax. Para la definición de cada factor solo se toma en cuenta aquellos ítems que saturan igual o por encima de 0.40 (valor establecido en el primer análisis realizado de este instrumento) y que no presentan de cuantía similar en los otros factores de la matriz factorial. Se obtuvieron dos factores, el primero consta de 13 ítems (ítem 4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15, 16A y 16 E), y abarca de una forma global la dependencia al juego y sus características, explicando un 45% de la varianza. El

segundo factor se compone de 6 ítems (ítem 16B, 16C, 16D, 16F, 16G y 16H) , refleja principalmente las distintas formas en las cuales el sujeto obtiene dinero para perpetuar el juego (Endeudamiento), y explica el 28% de la varianza (Tabla 4 y Tabla 5), (Figura 1).

Tabla 4: Factores del cuestionario de juego patológico South Oaks (SOGS)			
Factores	No. Ítems	Valor Propio	Varianza Explicada
1. Conducta relacionada al juego	13	11.857	45.28
2. Endeudamiento	6	1.688	26.01

Tabla 5: Saturación de los Ítems en factores del Cuestionario SOGS		
Ítem	Factor 1	Factor 2
Ítem 4	.869	
Ítem 5	.847	
Ítem 6	.884	
Ítem 7	.803	
Ítem 8	.822	
Ítem 9	.710	
Ítem 10	.765	
Ítem 11	.815	
Ítem 13	.719	
Ítem 14	.602	
Ítem 15	.867	
Ítem 16 A	.725	
Ítem 16 E	.684	
Ítem 16 B		.719
Ítem 16 C		.664
Ítem 16 D		.596
Ítem 16 F		.847
Ítem 16 G		.797
Ítem 16 H		.800

Figura 1: Distribución Factorial de los ítems



Sensibilidad, especificidad y eficacia diagnóstica

Estos valores se establecieron con dos puntos de corte. Estableciendo un punto de corte de 5, como tradicionalmente se ha hecho, no hubo falsos positivos por lo que se evaluó bajando el umbral a un punto de corte de 4, encontrándose de este modo una especificidad de 98%, una sensibilidad de 98.9% y una eficacia diagnóstica de 98% (Tabla 6 y Tabla 7).

Tabla 6: Eficacia Diagnostica del SOGS con un punto de cohorte = 5

Grupos Diagnósticos	Grupo Predichos por la función discriminante		
	Sano	Jugador Patológico	Total
Sano	199	0	199
Jugador Patológico	1	50	51
Especificidad		100%	
Sensibilidad		98%	
Eficacia Diagnostica		99.60%	

Tabla 7: Eficacia Diagnostica del SOGS con un punto de cohorte = 4

Grupos Diagnósticos	Grupo Predichos por la función discriminante		
	Sano	Jugador Patológico	Total
Sano	197	2	199
Jugador Patológico	1	50	51
Especificidad		98%	
Sensibilidad		98.9%	
Eficacia Diagnostica		98%	

DISCUSIÓN

Nuestro estudio, replicó la metodología utilizada por Echeburúa en 1994 para la validación del SOGS en población Española. Encontramos, al igual que lo reportado por este autor, que el SOGS tiene un alto coeficiente de confiabilidad al aplicarse en nuestra población, y de forma muy similar al referido por Lesieur y Blume en la primera validación en 1987. En lo concerniente a los resultados en la prueba test-retest en base a lo establecido por Nunnally se puede considerar al instrumento confiable, ya que los valores considerados buenos al ser mayores a 0.8 y excelentes si son mayores a 0.9. En general se puede decir que valores menores a 0.25 en el coeficiente indican una baja confiabilidad, si resultan de 0.5 la fiabilidad es media o regular, en cambio si supera el 0.75 es aceptable y si es mayor a 0.9 es elevada (Hernández Samperio, 2006).

En cuanto a la capacidad discriminativa, esta se define como la capacidad del instrumento para discernir entre los sujetos que presentan el fenómeno de estudio, de aquellos que no. Esta se pudo observar en todos los ítems del SOGS, presentando una adecuada homogeneidad entre ellos.

A través del análisis factorial, es posible estudiar la validez del contenido del instrumento, es decir mediante la obtención de dimensiones significativas y con correlación clínica; Como explica Echeburúa en su estudio (Echeburúa 1994), la versión original carece de este análisis, siendo el suyo el primero reportado para este instrumento, este tipo de análisis permite rastrear los elementos estadísticamente más representativos de cada núcleo, fomentando la independencia de los factores obtenidos (Baguena 1983). Al realizar dicho análisis en nuestro instrumento, se encontró la presencia de dos factores que explican más del 60% de la varianza del instrumento. Es importante mencionar ambos factores presentan una adecuada correlación clínica, observando que la estructura del instrumento es consistente. Este consta de dos factores los cuales representan dimensiones coherentes en si mismos y explican un porcentaje importante de la

varianza. Uno de ellos representa en si la dependencia al juego desde una perspectiva general, y el otro las fuentes relacionadas con la obtención de vienes para perpetuar la conducta. Esto correlaciona con los hallazgos reportados por Echeburúa en 1994

Otra forma de valorar la validez del contenido, es mediante la comparación de los ítems presentes en el SOGS contra los criterios diagnósticos del DSM-5, encontramos que no abarca 3 de los 9 ítems mencionados, estos son los criterios: 3) el cual hace referencia a la irritabilidad y malestar vivida por el sujeto al interrumpir el juego o abandonar el mismo; 4) cuestiona sobre la planeación de futuras apuestas, obtención de dinero para perpetuarlas o el revivir experiencias de apuestas pasadas; 5) que considera al juego como una vía de escape ante un malestar emocional. Pese a esto, la validez del contenido sigue siendo la adecuada, ya que abarcando el 66.6% de los actuales criterios establecidos.

Uno de los objetivos de mayor importancia a evaluar, fue la eficacia diagnostica del SOGS, esta se logró comparando dos puntos de corte. Si se toma como corte, un puntaje total de 5 puntos (tal como se sugiere en su versión original), la sensibilidad del instrumento seria del 95% y su especificidad del 100%. Por otro lado, tomando como punto de corte un valor igual o mayor a 4 para establecer el probable diagnóstico de juego patológico, si bien esto no refleja un cambio en la sensibilidad del instrumento, si incrementa el número de falsos positivos, disminuyendo su especificidad. Aunque en ambos casos estos valores resulten muy altos, deben de ser tomados con cautela, ya que el instrumento tiene como objetivo el detectar a sujetos con problemas ya establecidos de juego, siendo esperable un puntaje bajo de los ítems en la población general al ser un instrumento de tamizaje, es por ello necesario realzar el valor de la sensibilidad y no tanto su especificidad. De cualquier forma, sugiero considerar como punto de corte un puntaje igual o mayor a 5, tal como se establece en su versión original.

Con todo lo reportado al momento, se puede observar como el instrumento en conjunto permite discriminar adecuadamente entre los sujetos con juego patológico de aquellos que no lo tienen, a excepción del ítem 6 y 9 que no mostraron capacidad discriminativa, los cuales hacen referencia a la conciencia de enfermedad del sujeto, y aunque eliminar estos ítems no parece modificar la validez diagnóstica, ambos son de relevancia clínica.

Por último es necesario recalcar una limitación encontrada en este estudio, y la cual ha estado presente desde la validación inicial del instrumento. Aunque los puntos de corte establecidos por el autor original al momento de crear el instrumento, parten de una población homogénea, fue expuesta a un mismo factor de riesgo (Blume 1987), el proceso de validación no utiliza una población uniforme, utilizando grupos expuestos y no expuestos a los mismos factores y sometidos al mismo análisis, misma metodología que se utilizó en su validación española, seleccionando una población de jugadores de forma selectiva contra sujetos que pudieran no estar expuesto a los mismos factores de riesgo. Si bien, esto no modifica la sensibilidad del instrumento y su capacidad diagnóstica, si podría cambiar la especificidad del instrumento, resultando útil para detectar posibles casos, pero no para detectar sujetos sanos entre una población de riesgo, sería útil repetir el estudio con el mismo instrumento únicamente en una población de personas expuestas al juego, lo que quizás permitiría fortalecer dicha debilidad encontrada en el instrumento.

Es necesario perfilar y validar nuevas escalas que faciliten medir la prevalencia y factores de riesgo asociados al juego, permitirá una mayor comprensión social del fenómeno, y con ello la realización de programas enfocados a la prevención y diagnóstico. Para ello el SOGS ha demostrado ser una herramienta de escrutinio útil, dados sus altos niveles de confiabilidad y especificidad. Es necesario continuar con líneas de investigación que permitan conocer mejor las características de este trastorno en nuestra población, así como las implicaciones sociales que conlleva. Con esto también, surge la interrogante de cuáles son los aportes y datos

epidemiológicos que nos pueda brindar este instrumento (o algún otro) si los aplicamos únicamente a poblaciones de riesgo.

El juego patológico ha sido considerado una entidad diagnóstica desde 1980, cuando fue incluido en la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Asociación Mundial de la Salud. Mientras que para la mayoría de los individuos el juego representa una actividad recreativa, algunos jugadores pierden el control sobre esa conducta, comenzando a realizarla en exceso y de manera compulsiva, hablamos entonces de una entidad crónica y progresiva, donde el sujeto se vuelve incapaz de resistir el impulso de jugar que conduce a serias consecuencias donde las actividades personales, familiares y laborales se ven afectadas. Pese a ser considerado mucho tiempo como un trastorno de control de impulsos, ha sido un giro acertado el que recientemente la APA lo redefiniera como una adicción en su quinta edición de su manual diagnóstico, constituyendo la primera adicción conductual oficialmente reconocida.

En la Actualidad el Juego Patológico representa un grave problema social que afecta a miles de personas, donde la legalización de casinos y centros de apuestas actúa como un factor de riesgo de gran importancia. En el caso de nuestro país, el juego patológico podría perfilar como un problema de salud pública si tomamos en cuenta la actual validación oficial sobre las actividades lúdicas y nuestra falta de conocimiento sobre el problema a nivel nacional, situación que se ve reflejada en la escasez de información sobre la prevalencia, los factores de riesgo y el conocimiento de nuestros grupos más vulnerables, haciendo difícil la realización de programas de prevención efectivos; en todo caso es necesario desarrollar investigaciones de corte epidemiológico y psicosocial, así como estudios de diagnóstico rápido que proporcionen una visión general del problema. La adaptación y validación de escalas o cuestionarios de escrutinio, permitiría contar con instrumentos válidos y confiables, aplicables a las encuestas nacionales.

CONCLUSIONES

South Oaks Gambling Screen (SOGS) es un instrumento de utilidad clínica para el diagnóstico de juego patológico, y como instrumento de tamizaje en población de riesgo.

A pesar de las modificaciones realizadas en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales entre su tercera y quinta edición, el instrumento mantiene un alto nivel de sensibilidad.

Aunque a la especificidad del instrumento es alta, este resultado debe tomarse con cautela debido a la poca homogeneidad de las muestras en los estudios de validación, por tanto es necesario realizar un nuevo estudio en población expuesta al juego, con la finalidad de estudiar la especificidad del instrumento en una población más homogénea, expuesta al mismo factor de riesgo, que en este caso es el juego.

Es necesario que los criterios diagnósticos entre el DSM-III-R y el DSM-5 son diferentes, en este punto el instrumento no abarca el 100% de los criterios establecidos en la actualidad, por tanto se requiere de la elaboración de nuevos instrumentos que consideren estas modificaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed), Arlington, VA: America Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed) Barcelona, España: Elsevier.
- Bahamón M. (2006) Juego Patológico, Revisión del Tema. Revista Colombiana de Psiquiatría; 35, (3), p-p: 380-399.
- Barbaranelli C. Vecchine M. Fida R., (2013) Estimating the prevalence of adult problema gambling in italy with SOGS and PGSI. Journal of Gambling Issues, 28, p-p:1-2.
- Becona E.B., (2004) Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno?. Adicciones, 16. p-p: 173-184.
- Becoña E. 1996. Tratamiento de juego patológico. Madrid, España; Piramide.
- Becoña, E. (2004) El Juego Patológico, prevalencia en España. Salud y Drogas; 4, (2), p-p:9-34.
- Bisso-Andrade A. (2007) Ludopatía. Revista Sociedad de Perú de Medicina Interma, 20(2), p-p:63-67.
- Brand M. Kalbe E, Labudda K, et. al. (2005). Decision-making impariments in patients whit pathological gambling. Psychiaty Res with doublé-blind discontinuation. Int ClinPsychopharmacol; 133. p-p: 91-99.
- Buth S. Stover H. (2008)Gabling and Gambling problems in Germany: Resulto of a national survey. Suchtttherapie, 9(1); p-p 3-11.
- Calado F. Griffiths M.D. (2016). Problem gamblingworldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). Journal of Behavioral Addictions 5(4). p-p 592-613.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2012) Consideraciones Generales hacia la prevención y la Atención del Juego Patológico en México, Ciudad de México, México. CONADIC.
- Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling (1999) Pathological Gambling: A critical Review, Washington, D.C. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education.
- Costes J.M., Eroukmanoff V., Richard J.B. Tovar M.L., (2015) Gambling and gambling for money in France in 2014. Les Notes de IObservatoire des Jeux, 6, p-p 1-9.
- Costes J.M., Pussset M., Eroukmanoff V., Richard J.B. et. al. (2011) Levels and gambling practices in 2010. Lettre Tendances, 77, p-p 1-8.
- Cusack JR, Malaney KR, DePry DL. (1993) Insights aboutpathological gamblers. Chasing losses in spite of the consequences. Postgrad Med. 9. p-p: 169-176.
- Dowling N., Cowlshaw S, Christensen D. (2015) Prevalence of Psychiatric co-morbidity in treatment- seeking problem gamblers: A Systematic review and meta-analysis. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry 49 (6), p-p:519-539.
- Druine C., DelmarcelleC., Dubois M, Joris L., (2006) Quantitative study on online and offline gambling behaviour in Belgium. Bruxelles: Foundation Rodin.
- Echeburua E., Baez C. (1994) Concepto y evaluación del juego patológico. Madrid España: Piramide.
- Echeburúa O. E., Báez G. C., Fernández M. J., Páez R. D. (1994) Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación Española. Análisis y Modificación de Conducta, 4(74), p-p: 769-791.
- Erbas B., Buchner U. (2012) Pathological Gambling. Rv. Dtsch Arztebl Int, 109(10), p-p: 173-179.

- Feinstein (1985). *A Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. Saunders Co., Philadelphia.
- Fernández A. L. A. (2004), Tratamiento Cognitivo-Conductual del Juego Patológico, *Salud y Drogas*; 4, (2), p-p: 79-96.
- Fernández M. J., Castillo A. (2004) Repercusiones Familiares del Juego Patológico: Una Revisión Crítica. *Salud y Drogas*; 4(2), p-p: 149-166.
- Hernández S.R, (Ed.).(2006) *Metodología de la investigación*, Ciudad de México, México Mac Grawhill, 4.
- Hollader E. (1998), Treatment of Obsessive Compulsive spectrum disorder with SSRs., *J Psychiatry Suppl*, 35, p-p 7-12.
- Jhonson EE, Hamer R., Nora RM., Tan B. Eisentsein N., Engerhart C. (1997). The Lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep*; 88. p-p: 83-88.
- Jiménez M. S., Fernández A. F., Granero R., Menchón J. M. (2014) Gambling in Spain: update on experience, research and policy. *Adicction*, 109(10), p-p: 1595-1601.
- Junta de Extremadura (2008). *Manual de Intervención en Juego Patológico*. Mérida, España: Servicio Extremeño de Salud.
- Kalivas PW, Volkow ND. (2005) The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*; 162(8). p-p:1403-14.
- Kalke J., Buth S., Rosenkranz M., et. al. (2011) Austrian study for the prevention of gambling addiction: Research design, results and conclusions. Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung,
- Lesieur Hr, Blume SB (1991). Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the addiction severity index. *Br J Addict*; 86. p-p: 1017-28.
- Lesieur, H.R. (1993). Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores patológicos en Estados Unidos. *Psicología Conductual*, 1, 389-407
- Leusier H.R, Blumes S.B. (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, p-p: 1184-1188.
- Muñoz M. Y. (2008), Meta-análisis Sobre el Juego Patológico 1997-2007, *Salud Pública*; 10(1), p-p: 150-159.
- Navas J. ,Perales J. (2014), Comprensión y tratamiento del juego Patológico: Aportaciones desde la Neurociencia del aprendizaje. *Rev. Clínica y Salud*; 25, p-p:157-166.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Decima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid, España: Meditor.
- Ortiz T. M., Cancino M., (2011). Juego Patológico, Patrones de Personalidad y Síndromes Clínicos, *Adicciones*; 23(3), p-p: 189-197.
- Rash J. C., Weinstock J., Van Pattern R. (2016) A review of gambling disorders and substance use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, p-p:3-13
- Rueda E. (2008) *¿Casinos en México? Análisis Sobre su Apertura*. Ciudad de México, México: Investigaciones Jurídicas UNAM.
- Salinas J. M (2004). Instrumentos de diagnóstico y screening del juego patológico. *Salud y Drogas*; 4(2) p-p: 35-59.
- Scull E., Pallatin S, (2003) Diagnosis and Treatment of Pathological Gambling. *Current Gamblers*. *Acta Psychiatr Scand*, 108, p-p: 203-207.
- Wardle H. D'souza J., Farrell M. (200) *Adults psychiatric morbidity in England 2007*. London: National Centre for Social Research. p-p: 199-208.

Wardle H. Griffiths M.D. Orford J., Mooy A. (2012) Gambling in Britain: A time of change? Health implications from the British Gambling Prevalence Survey 2010. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10. P-p: 273-277

ANEXOS

INSTRUMENTO

Cuestionario de Juego de South Oaks (S.O.G.S)

Fecha: _____

Folio: _____

1. Indique por favor cuál de los siguientes juegos a practicado usted en su vida, **señale con una "X" un solo cuadro por opción.**

1. Nunca.
2. Menos de una vez por semana.
3. Una vez por semana o más.

	1	2	3
a. Jugar Cartas apostando dinero.			
b. Apostar en carreras de Caballos o animales.			
c. Apostar en actividades deportivas.			
d. Jugar a la lotería, quinelas o juegos de dados.			
e. Apostar en casinos.			
f. Jugar al bingo.			
g. Pensar en las bolsas de valores.			
h. Jugar en las maquinas traga monedas.			
i. Competir en deportes, o poner a prueba cualquier habilidad mediante apuesta.			

2. En un solo día, ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha llegado a gastar en juegos o apuestas?

___ Nunca he apostado dinero. ___ Entre \$1000.00 a \$9,999.00 pesos

___ Menos de \$100.00 pesos. ___ Entre \$10,000.00 a 99,999.00 pesos

___ Entre \$100.00 a \$999.00 pesos ___ Más de \$100,000.00 pesos

3. Señale quién de los siguientes familiares, tiene o ha tenido problemas con el juego.

Mi papá.

Abuelo(s).

Otro familiar.

Mi Mamá.

Mi esposo(a) o pareja.

Amigos.

Hermano(s).

Alguno de mis hijos.

4. Cuando usted apuesta dinero, ¿Con que frecuencia vuelve otra vez a apostar para recuperar lo perdido?

Nunca.

La mayoría de las veces que pierdo dinero.

En ocasiones, pero menos de la mitad de las veces que pierdo dinero.

Siempre que pierdo dinero.

5. ¿Alguna vez usted ha afirmado que gano dinero jugando, cuando en realidad había perdido?

Nunca.

La mayoría de las veces.

Sí, pero menos de la mitad de las veces que pierdo dinero.

6. ¿Alguna vez ha sentido que tiene o ha tenido problemas con el juego?

Nunca.

En el pasado Sí, pero ahorita no.

Sí, desde siempre.

7. *¿Alguna vez usted ha apostado más dinero del que tenía pensado?*

Sí *No*

8. *¿La gente lo ha criticado por su forma de apostar, o alguien le ha dicho que tiene un problema con el juego (apuestas), a pesar de que usted cree que no es cierto?*

Sí *No*

9. *¿Alguna vez se ha sentido culpable por apostar, o por lo que ocurre cuando apuesta?*

Sí *No*

10. *¿Alguna vez ha sentido deseo de dejar de apostar o jugar, pero piensa que no podría hacerlo?*

Sí *No*

11. *¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, hijos u otros seres queridos, billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en apuestas u otros signos de juego?*

Sí *No*

12. *¿Alguna vez ha discutido con las personas que convive, sobre la forma en la que administra su dinero?*

Sí *No*

13. *(Si respondió sí en la pregunta anterior) ¿Alguna vez se han centrado las discusiones en el dinero jugado (apostado)?*

Sí *No*

14. *¿Alguna vez ha pedido dinero prestado a alguien, y no lo ha devuelto a causa de las apuestas (del juego)?*

Sí *No*

15. ¿Alguna vez a perdido tiempo de trabajo (o escuela) debido al juego?

Si

No

16. Si ha pedido dinero prestado para jugar o pagar apuestas ¿A quién se lo ha pedido prestado o de donde lo ha obtenido? (marque sí o no, puede marcar más de una opción).

	Si	No
a. Dinero de la casa.		
b. A mi pareja.		
c. A otros familiares.		
d. Al banco o cajas de ahorro.		
e. De tarjetas de crédito.		
f. Prestamistas.		
g. De la venta de propiedades personales o familiares.		
h. De la firma de cheques falsos o cheques sin fondos.		
i. Cuentas de crédito del casino.		