



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

“Juego patológico como tercera variable mediadora entre trastorno por consumo de etanol y calidad de vida”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

HÉCTOR GÁMEZ BARRERA

ASESOR TEÓRICO: DRA. GRISELDA FLORES

ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALEJANDRO MOLINA LOPEZ

ASESOR METODOLÓGICO: ING. JOSE CORTES.

Ciudad de México, México mayo 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

"Juego patológico como tercera variable mediadora entre trastorno por consumo de etanol y calidad de vida"

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

HÉCTOR GÁMEZ BARRERA 

ASESOR TEÓRICO: DRA. GRISELDA FLORES 

ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALEJANDRO MOLINA LOPEZ 

ASESOR METODOLÓGICO: ING. JOSE CORTES 

Ciudad de México, México mayo 2019

0077

	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
28 MAY 2019	
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	
NOMBRE	Careb
HORA	13:20

ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	3
MARCO TEÓRICO.....	4
ANTECEDENTES	14
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	17
HIPÓTESIS	17
OBJETIVOS	17
METODOLOGÍA.....	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	17
POBLACIÓN PARA ESTUDIAR.....	19
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	19
DESCRIPCIÓN DE METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIEROS Y DE BIOSEGURIDAD	21
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS	34
INSTRUMENTOS.....	36

INTRODUCCIÓN

Definición de ludopatía

La palabra ludopatía proviene del griego “ludus”, que significa juego y del griego “patheia” que significa enfermedad, en conjunto significa juego patológico. Antes del siglo XX, se consideraba como un vicio contraído por algunas personas consideradas como irresponsables y débiles, sin embargo, con la expansión de la industria del juego de azar, a partir de la década de 1970 se comenzó a estudiar como una patología mental. A pesar de lo anterior este trastorno ha estado presente en la historia de la humanidad desde la antigüedad, encontrándose en todas las grandes culturas como los egipcios, babilónicos, chinos, griegos y romanos, todos con diferentes tipos de juegos de azar. Se han encontrado dados hechos de huesos de falanges de ovejas, que datan desde el año 3,500 a.c.

Definición de juegos de azar

Los juegos de azar se definen como la colocación de una cantidad de dinero en una situación de riesgo con la esperanza de obtener una ganancia de un valor mayor al expuesto de forma inicial. La palabra azar, proviene del árabe “Az-zahr” que significa “dado”.

Breve reseña histórica sobre los juegos de azar

Ur, fue una antigua ciudad Sumeria en la Baja Mesopotamia (actual Iraq), sus comienzos datan del año 4500 a.C. El arqueólogo británico Leonard Woolley (1880-1960) junto con su equipo de trabajo, encontraron un juego, construido de madera decorado con mosaicos de conchas, hueso, pasta roja y piedra caliza. Este juego consiste en un tablero, con casillas y unos dados en forma de tetraedros. Fue encontrado en el cementerio real. En el antiguo Egipto, se jugaba al Senet (significa, pasaje o transito), el cual consistía en un tablero dividido en 30 casillas, llamadas “peru”, unas fichas parecidas a peones de ajedrez y utensilios alargados similares a palillos. Se desconocen las reglas del juego. El invento del domino, se les atribuye a los chinos, como parte de los elementos de la adivinación se expandió a través de todo China y Corea. Se tiene la teoría de que su antigüedad se remonta al año 2450 a. C. El Museo Arqueológico de Bagdad, posee unas piezas de hueso halladas en Ur, que pueden formar parte de un juego antecesor del Dominó. El juego del Dominó llegó a la Europa continental, a través de Italia (se cree que pudo traerlas Marco Polo).

El juego de la lotería nació en Génova en 1530, y de este juego, proviene Il Gioco del Lotto in Italia (la Lotería Nacional Italiana). Al extenderse por Europa, llegó al Reino Unido en el año 1533. En la Época Victoriana (1819-1901), se estableció oficialmente. En España se introduce la Lotería en el año 1763, por el rey Carlos III.

En cuanto al juego de naipes, ya se mencionan las cartas en época tan temprana como en la dinastía Tang (618-907). La historia de este juego empieza con los palos (ramitas) y flechas de madera que se utilizaban como instrumentos de adivinación. Sería hasta el siglo XVI, cuando se jugaría un juego de cartas iniciado en Persia, de ahí, que se tenga la duda acerca del verdadero origen de este juego. Se puede decir que el Renacimiento representó, en toda la historia, el verdadero desarrollo y afirmación de los juegos de azar, incluso dio inicio a la creación de los de casino (siendo el primero en Venecia, mismo que permanece hasta la actualidad) y del póker, no se tiene claro.

El blackjack o veintiuna, es un juego del que se hace referencia por primera vez, en la obra titulada Riconete y Cortadillo, del autor español Miguel de Cervantes, publicada en 1612, se volvería popular en Estados Unidos, por los colonos franceses ubicados en el estado de Nueva Orleans, por el año 1820, gracias a que ahí el juego era legal, para 1849 con la fiebre del oro y la exploración de territorios en el oeste, se incluiría en salones recreativos volviendo popular, actualmente se juega en todos los casinos de la unión americana (**Llangostera, 2011**).

Antecedentes históricos de los juegos de azar en México

Los juegos de azar se remontan desde la época prehispánica, siendo el pasatiempo de cazadores además de formar parte del contexto en el que se desarrollaban los juegos de pelota. El primer registro que se tiene de una pelea de gallos en México es de 1519 en la costa del estado de Veracruz, sería hasta 1583 cuando surgiría la primera imprenta de naipes de la Nueva España, cabe mencionar que tanto las peleas de gallos como los juegos de naipes, fueron herencia de la conquista española. Para 1770, tendría lugar la lotería real de la Nueva España, aprobada por el Rey Carlos III de España, siendo para el año 1771 el primer sorteo. Durante la mayor parte de la época colonial, las peleas de gallos, loterías y juegos de naipes servirían como actividad de distracción, así como también como medio para recaudar fondos tanto para escuelas, parroquias y hospicios, teniendo siempre en contra a las autoridades eclesiásticas, quienes las condenaban de ser inmorales, sin embargo, este tipo de actos no dejaron de realizarse. Una vez consumada la independencia esto continuo y únicamente las autoridades se dedicaron a regularlas, sin llegar a reprimirlas. Cabe mencionar que durante este periodo de tiempo en México y el mundo, el jugar apuestas no se consideraba un trastorno, solamente se veía como un vicio o un acto falto de moral. Para inicios del siglo XX, durante la segunda década del siglo, el presidente Álvaro Obregón apoyado de su secretario de guerra, el general Plutarco Elías Calles, decidieron aprovechar la ley seca de Estados Unidos, donde se prohibió la venta de bebidas etílicas, propiciando la generación de cantinas, hipódromos y casas de juegos en la franja fronteriza norte, sobre todo en los municipios de Mexicali y Tijuana en el estado de Baja California y en Ciudad Juárez en el estado de Chihuahua. El 24 de junio de 1938, el entonces presidente Lázaro Cárdenas del Río, decreta la abolición de los casinos. El 6 de marzo del 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho ignauro el hipódromo de las Américas. Para 1947, el entonces presidente de la república, Miguel Alemán Valdés, promulga la Ley Federal de Juegos y Sorteos, que le da la facultad a la secretaría de gobernación de regular y autorizar los juegos permitidos en dicha ley. Para el año 1955, se otorga el primer permiso para juegos con apuestas a una empresa, Espectáculos Deportivos Frontón México. En la actualidad operan 409 casinos en toda la república, 6 entidades del país albergan el 50% de estos, siendo el estado con mayor cantidad Nuevo León con 45, se prevé que para el 2018 se abran 340 casinos nuevos **(SeGob, 2017)**

MARCO TEÓRICO

Constructo del juego patológico

El juego patológico se introdujo por primera vez en la nomenclatura oficial de diagnóstico con la publicación de la 9ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades en 1977 **(Organización Mundial de la Salud, 1977)**, seguido por su inclusión en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su tercera edición (DSM-III, por sus siglas en ingles) en 1980 de la asociación psiquiátrica americana (APA por sus siglas en ingles), **(American Psychiatric Association, 1980)**.

En el DSM III aparecía en el apartado de trastorno por control de los impulsos, sin embargo, desde su inclusión se reconoció un paralelismo fenomenológico con los trastornos por abuso y dependencia de sustancias, tomando a los juegos de azar como la sustancia, es por eso por lo que para el DSM-5 posterior a que se revisó el DMS-IV-TR se movió al apartado de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. La CIE-10 mantiene el juego patológico dentro del apartado para trastorno por control de los impulsos, ambas clasificaciones exponen una lista de criterios objetivos y basados en el comportamiento.

Epidemiología y diagnostico

Epidemiología:

El trastorno por juego patológico es reconocido por el DSM-5 como una adicción conductual, afecta 0.4 a 1.6% **(National Gambling Impact Study Commission, 2007)**, de la población adulta en todo el mundo, su mayor comorbilidad es trastornos por uso de sustancias. Para la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), este trastorno pertenece a los trastornos de control de los impulsos y relacionados al comportamiento, definiéndolo como una

conducta descontrolada donde las personas que la padecen, dedican gran parte de su atención y de recursos económicos a mantenerse jugando.

Es una condición psiquiátrica, caracterizada por un comportamiento errático y repetitivo relacionado con apuestas y exposición de dinero en juegos de azar, que de forma directa conducen a un deterioro funcional. En 1991, el 80% de los americanos apostaba en juegos de azar comparados con el 60% que jugaba en la década de 1960 (**López & Miller 1997**). Lo anterior condicionado por una mayor permisividad por parte del estado, para el año de 1978 de los 50 estados que conforman la unión americana solo dos había legalizado los juegos de azar, veinte años después solo dos estados no habían legalizado los juegos de azar. Actualmente se estima que alrededor de 15 millones de personas tiene un juego patológico, en su mayoría población menor entre 21 y 56 años. Dentro de la unión europea, el país que más invierte en juegos de azar es España, con un gasto aproximado de 25,130 millones de euros por año, con un incremento en la cantidad de jugadores en los últimos 20 años, asociado a la legalización de diferentes tipos de juegos de azar a través de las provincias.

En las mujeres la prevalencia a lo largo de la vida es de 0.2% y en hombres de 0.6% (**American Psychiatric Association, 2013**). En nuestro país no se tienen reportes exactos sobre el problema a nivel nacional, sin embargo, se han realizados reportes aislados de organismo no gubernamentales, donde se reporta una prevalencia de alrededor del 5%. Las diferencias de presentación en el género se han estudiado con varias muestras clínicas, encontrando que los hombres comienzan a una edad más temprana en comparación con las mujeres, además de que el género masculino tiene mayor comorbilidad con dependencia por etanol y trastorno antisocial de la personalidad mientras que las mujeres tiene mayor comorbilidad con trastornos afectivos y antecedente de abuso físico (**Ibáñez, 2014**).

El impacto social que representan los juegos de azar se ve reflejado en sus ganancias, anualmente en Estados Unidos se apuestan aproximadamente 0.5 billones de dólares, solo en loterías o bingos estatales se gasta un aproximado de 31.5 millones de dólares por año (**Feigelman W, et al, 1998**). Lo anterior condiciona una baja en la productividad por persona, debido a las deudas, reducción del estado de bienestar, declaraciones de bancarrota o problemas legales donde el individuo puede terminar encarcelado.

Diagnostico:

El DMS-5 define el juego patológico como un patrón recurrente de juego que interrumpe las actividades y las funciones, el manual diagnóstico y estadístico de la APA, así como también la clasificación internacional de las enfermedades en su décima edición tienen criterios específicos para el diagnóstico del juego patológico; los cuales se presentan en la **tabla 1**:

Tabla 1

Crterios diagnósticos CIE-10 y DSM 5 para Juego patológico

Criterios CIE-10	Criterios DSM-5, American psychiatry Association 2013.
<p>Presencia de dos o más episodios de juego en un periodo de al menos un año.</p> <p>Estos episodios carecen de provecho económico para el individuo y, sin embargo, se reiteran a pesar de los efectos perjudiciales que tienen a nivel social y laboral, y sobre los valores y compromisos personales.</p> <p>El sujeto describe la presencia de un impulso intenso de jugar difícil de controlar, y afirma ser incapaz de dejar de jugar mediante el único esfuerzo de su voluntad.</p> <p>Preocupación con sentimientos e imágenes mentales relacionados con el acto de jugar o con las circunstancias que lo rodean.</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.</i></p> <p><i>Fracasos Repetidos en los esfuerzos para controlar el juego.</i></p> <p><i>Inquietud o irritabilidad cuando se mantiene interrumpido o detiene el juego.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Utilización del juego como vía de escape de los problemas de alivio del malestar emocional (apuesta cuando siente ansiedad, o desasosiego). Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar. (recuperar pérdidas).</i></p> <p><i>Mentiras a la familia y a los terapeutas sobre la implicación en el juego.</i></p> <p><i>Puesta en peligro o pérdida de relaciones personales significativas, de trabajo o de oportunidades educativas debido al juego.</i></p> <p><i>Apoyo económico reiterado por parte de la familia y de los amigos por las pérdidas asociadas al juego.</i></p> <p><i>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).</i></p>

Fuente: http://www.psicomed.net/principal/cie10_indice.html

Fuente: <http://inprfcd.gob.mx/psychon/psychon14.php>

Etiología y factores de riesgo

El origen y la causa del juego patológico depende de múltiples factores, tanto ambientales, genéticos como biológicos. Actualmente el crecimiento en la industria de juegos de azar se consideraría como el factor ambiental dentro de la etiología de la ludopatía, dentro de los factores biológicos se encuentran las correlaciones neuroanatomicas entre los circuitos dopaminergicos, además de otros ligandos involucrados en la génesis como son la noradrenalina, la serotonina y los opiáceos.

El presente estudio busca proveer de más información acerca de la prevalencia de juego patológico en una muestra de pacientes con trastorno por consumo de sustancias ya diagnosticado. Cabe mencionar que la comorbilidad entre ambos trastornos se ha estudiado en múltiples investigaciones. Un estudio realizado en población militar en 1992 encontró que la asociación entre uso de alcohol y juegos de azar fue de 12.5% y solo 5% en los no bebedores (**Coulombe, et al. 1992**). En la evaluación a una muestra nacional de individuos con dependencia a etanol comparados con no bebedores en estados unidos, se encontró que los bebedores tenían una edad de inicio en los juegos de azar más temprana en comparación con los no consumidores, además de encontrar que el juego

patológico en los consumidores de etanol tiende a ser grave, por las consecuencias negativas financieras, debido a una propensión a tener mayores pérdidas diarias máximas (mayor a 100 dólares). **(Liu T, et al. 2009)**

Las adicciones son un problema de salud pública a nivel nacional y el aumento en la industria de juegos de azar promueven a que los consumidores de sustancias encuentren satisfacción y recompensa en apostar fuertes cantidades de dinero.

Los trastornos por consumo de sustancias y por juego patológico comparten y se traslapan en diferentes factores etiológicos, como es el factor genético, factor neurobiológico y factor ambiental.

Factor genético

Para determinar la influencia de factores genéticos tanto en la etiológica como en la asociación con trastorno por consumo de sustancias, se han realizado estudios en gemelos monocigotos, durante la guerra de Vietnam, donde los autores buscaron si el juego patológico según el DSM-III-R se traslapaba con trastorno por consumo de etanol, encontrando una heredabilidad del 20% y un 3-4% que se explicaba por un factor ambiental. Otro estudio es el que se realizó con la base de datos nacional de Australia, donde se hizo una correlación estadística entre ambas patologías, encontrando correlaciones genéticas entre 0.22-0.44, siendo particularmente mayor en varones, lo anterior sugirió que al menos dos tercios son atribuibles a una variable genética. Se ha propuesto que pudieran existir alteraciones en el gen del receptor D2 de dopamina en específico, para el alelo TaqA1, sin embargo, los estudios no han observado diferencias en este alelo, por lo que aún no se tiene **(Slutske W, 2013)**.

Factor Neurobiológico

La asociación entre juego patológico y trastornos por consumo de sustancias se explica mejor por los mecanismos neurobiológicos implicados en su fisiopatología. En ambos los neurotransmisores implicados son la noradrenalina para el estado de alerta constante y la excitación, la serotonina para establecer una conducta y un comportamiento, la dopamina como recompensa y refuerzo, y los opioides como parte del placer.

Noradrenalina

El efecto de la noradrenalina se ha documentado a través de la respuesta psicofisiológica como es el aumento de la frecuencia cardíaca, en diferentes juegos de azar como por ejemplo, las máquinas tragamonedas y las máquinas de póquer **(Coloumbe a, et al, 1992)**, todo esto en el siglo pasa. Sería hasta el inicio del siglo XXI, que se evaluaría el papel neuroendocrino inducido por los juegos de azar. Fue así que Meyer y colaboradores, reclutaron a un grupo de jugadores regulares en casinos comparados con ludópatas, a los cuales posterior a jugar blackjack, se hicieron medidas de su frecuencia cardíaca, epinefrina sérica en ambos grupos, encontrando que la epinefrina aumentaba en jugadores regulares previo al inicio del juego y disminuía una vez que este concluía, sin embargo en jugadores ludópatas, la epinefrina se incrementaba por encima del basal, a pesar de haber terminado la sesión de juego, se midió también la frecuencia cardíaca tanto a los 30, 60 y 90 minutos de juego encontrando que el pico más alto fue a los 60 minutos para ambos grupos. En ambos grupos, los niveles de noradrenalina se encontraban sin cambios. **(Meyer G, et al, 2000)**.

Serotonina

La noradrenalina actúa en la corteza prefrontal para mantener la atención, lo que explica la excitación que se observa en los jugadores patológicos. En los jugadores patológicos y adictos a sustancias se ha relacionado con niveles alterados de noradrenalina y dopamina, sin embargo el papel de la serotonina tiene relevancia en cuanto a la impulsividad, en pacientes con trastorno límite de la personalidad, antisocial de la personalidad y en el trastorno de control de los impulsos se ha encontrado niveles bajos de ácido 5-hidroxiindoleacético y triptófano, metabolito y precursor de la

serotonina respectivamente medidos en líquido cefalorraquídeo al compararlo con pacientes control, situación que se ha replicado en pacientes ludópatas en comparación con controles posterior a exponerse a apuestas, lo anterior demostrado por Nordic y colaboradores en 2006 con 40 sujetos ludópatas. Al conjuntar imagen cerebral con sondas serotoninérgicas se ha encontrado una respuesta mitigada en corteza ventromedial en sujetos con trastornos del control de los impulsos, lo que puede explicar por qué los pacientes ludópatas mantienen un comportamiento continuado de apuestas riesgosas a pesar de las consecuencias (**Nordin C & Sjödin I. CSF, 2006**).

Opiáceos endógenos

Los opioides endógenos se han relacionado con el placer y las sensaciones agradables o de provecho, por lo que se han implicado en el placer de pacientes ludópatas como suceden en la dependencia al etanol, los opioides están implicados en la vía mesolímbica del área tegmental ventral del mesencéfalo al núcleo acumbens o al núcleo estriado, lo anterior ha servido de base para ensayos clínicos con antagonistas a opioides en pacientes con dependencia a etanol y ludopatía, utilizando naltrexona y nalmefeno, con resultados superiores a placebo tanto para la disminución en la necesidad de consumir alcohol, como en la disminución del impulso por juegos de azar. Otro neurotransmisor implicado en la fisiopatología de las adicciones es el glutamato, como el principal neuroexcitador, lo que ha propuesto realizar ensayos clínicos, donde se module el glutamato a partir de N-acetil-cisteína (**Nordin C & Eklundh T, 1999**).

Lo anterior se ha comprobado no solo a través de teorías, si no con ensayos clínicos dirigidos a modular dichos neurotransmisores en pacientes con dependencia a sustancias y juego patológico, todos con resultados favorables, lo que explica la relación neurobiológica de ambas entidades y quitando a la ludopatía del área de la impulsividad, como un padecimiento donde el paciente no se detiene a reflexionar las consecuencias de sus acciones, si no que realiza dichas acciones por el placer, recompensa y la gratificación que esta le va a traer con un aumento en la necesidad por continuar a pesar de las pérdidas.

Las alteraciones neurobiológicas antes mencionadas, generaran un desorden en el proceso cognitivo (aprendizaje) de los individuos ludópatas, con alteraciones en la vía mesolímbica de la recompensa, y la activación de la corteza orbitofrontal con la inhibición de la conducta ante las pérdidas. Toda conducta está impulsada por el objetivo de obtener una gratificación, en caso de que el resultado de una acción sea contradictorio o adversos dicha conducta se inhibe, es por eso por lo que las vías de recompensa están en íntima relación con la corteza de inhibición, la inhibición se basa en la experiencia previa de consecuencias no gratificantes. Sin embargo no todas las conductas son guiadas para alcanzar una meta, existe evidencia de que al realizar una conducta de forma continuada esta puede persistir por el estímulo más que por el objetivo, es decir este tipo de conducta está impulsado por recibir o exponerse a un estímulo sin importar los resultados lo cuales pueden ser benéficos o no.

Dopamina

Antes de abordar la dopamina, definiré algunos puntos que considero importantes. Se han propuesto dos fuentes primarias de refuerzo, refuerzo positivo y negativo, para desempeñar un papel en este proceso alostático. El refuerzo positivo se define como el proceso mediante el cual la presentación de un estímulo aumenta la probabilidad de una respuesta; refuerzo negativo se define como el proceso por el cual la eliminación de un estímulo aversivo. La recompensa se define operativamente de forma similar al refuerzo positivo como cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de una respuesta, pero también tiene un efecto hedónico positivo. Diferentes perspectivas teóricas desde la psicología experimental (marcos de refuerzo positivo y negativo). Se piensa que estas etapas se alimentan entre sí, se vuelven más intensas y, finalmente, conducen al estado patológico conocido como adicción. Los sustratos neuronales para las dos fuentes de refuerzo que desempeñan un papel clave en las neuroadaptaciones alostáticas derivan de dos sistemas motivacionales clave requeridos para la supervivencia: la recompensa cerebral y los sistemas de estrés cerebral.

La importancia de los incentivos puede definirse como motivación para las recompensas derivadas del estado fisiológico de uno y asociaciones previamente aprendidas acerca de una señal de recompensa que es mediada por el sistema de dopamina mesocortico-límbica. Dentro del sistema mesolímbico, la dopamina se produce en las neuronas dopaminérgicas del cerebro medio ubicadas en el área tegmental ventral del mesencéfalo (ATV) o cerebro medio, el campo retrorubral y la sustancia nigra (SN). El ATV también contiene neuronas gabaérgicas, que regulan la función de la neurona que contiene dopamina. Además de tener proyecciones generalizadas en todo el cerebro, las técnicas de rastreo retrógrado han demostrado que el ATV recibe diversos aportes aferentes.

Tanto el refuerzo condicionado como la ventaja de incentivo proporcionan constructos para lo que subyace a la búsqueda de fármacos o conductas gratificantes inducida por señales, a los comportamientos de autoadministración y posiblemente, a la transición a la búsqueda compulsiva de drogas. Una serie particularmente influyente de estudios en primates indicó que las células de dopamina del mesencéfalo inicialmente se dispararon en respuesta a una nueva recompensa. Después de una exposición repetida, las neuronas dejaron de disparar durante la recompensa predecible la una nueva recompensa y posteriormente las señales asociadas con la recompensa desencadenaron la activación de la célula de dopamina fásica y la activación de los receptores D1 de la dopamina, que son necesarios para acondicionar. Este proceso permite que los estímulos previamente neutrales se doten de una salida de incentivo y refuerce la asociación aprendida con la exposición repetida a las señales, lo que crea una fuerte motivación para buscar una recompensa. La señalización de la dopamina fásica también puede desencadenar neuroadaptaciones en los circuitos de los ganglios basales. Aquí, la liberación de dopamina fásica desencadena la capacidad de señales emparejadas para aumentar los niveles de dopamina. La activación del estriado ventral conduce al reclutamiento de bucles inmunocorticales paliativos del estriado-globo que engarzan el estriado dorsal, dando como resultado la formación de hábitos y desencadenando lo que se supone que subyace a la respuesta compulsiva.

La capacidad de las señales condicionadas para reclutar estos circuitos aumenta la progresión a través del ciclo de la adicción y ayuda a explicar el intenso deseo de la droga (es decir, el antojo) y compulsivo cuando las personas con adicción están expuestas a señales de drogas o entornos estresantes que están vinculados con estados emocionales negativos. Las señales condicionadas dentro del proceso de la saliencia de incentivo parecen impulsar la señalización de la dopamina para mantener la motivación para tomar una sustancia (**Koob & N Volkow, 2016**).

En las adicciones como en el juego patológico, el aumento de dopamina tanto en el área tegmental ventral del mesencéfalo, como en el núcleo accumbens (estriado anterior), son producto de recibir una recompensa no esperada, en el primer caso sería el efecto de una sustancia química que ingresa al cuerpo y en el segundo una gratificación económica, ambas producen el mismo efecto. Sin embargo varios modelos de estudio han demostrado que la repetición de la conducta lleva a que el estímulo deje de ser la recompensa y se convierta en el contexto en que esta se produjo, lo que lleva a una producción de dopamina independientemente de la recepción de una retribución. Lo anterior explica porque la conducta puede continuar a pesar de no estar vinculada con el placer (gratificación), y al inhibirse presentar un deseo persistente por reiniciarla (craving). Lo que diferencia a las adicciones y el juego de azar es que en las primeras el resultado es dependiente de la cantidad en que se consume la sustancia, mientras que en las apuestas el resultado siempre es impredecible, la incertidumbre se encuentra incluida como reforzador, lo cual conlleva a que cuando se obtiene un resultado favorable se produzca una mayor actividad dopaminérgica, lo cual no quiere decir que mientras se arriesga dinero la vía dopaminérgica no esté activa. Con esto se pone en manifiesto que los jugadores patológicos probablemente tienen una cantidad mayor de dopamina, lo que los vuelve vulnerables, como se ha demostrado en estudios con pacientes con párkinson, al ser tratados con fármacos dopaminérgicos tienen conductas de jugadores problema, resolviéndose al suspender el tratamiento (**Potenza, 2008**).

Esto vuelve a la incertidumbre y la duda de un probable resultado ganador, como un estímulo constante de dopamina, mientras que al ganar la activación es mayor de lo esperado, el individuo se excita al observar como los dados giran o mientras observa girar la ruleta al anticipar su probable resultado. Lo anterior se refuerza cuando el resultado es lo más cercano a la ganancia, lo que lleva

al individuo a involucrase en una nueva exposición de dinero para lograr la recompensa esperada. Esto coloca a la incertidumbre como otro reforzador de la conducta, y como un estímulo continuo de dopamina, siendo más intenso mientras más difícil sea conocer el resultado. Las estructuras involucradas en la incertidumbre son la corteza cingulada anterior y corteza prefrontal dorsolateral, esto se asocia con el valor del resultado, es decir cuanto mayor sea este, mayor será el estímulo, lo que se ha denominado estímulo de predicción negativo, Moris y colaboradores en 2013, encontraron que cuanto menos se conozca del resultado mayor es este estímulo. Al activar las estructuras antes mencionadas, se enfoca la atención en la conducta y el contexto en el que se produce lo que conlleva a una posterior estimulación dopaminérgica, para colocar a la incertidumbre como un importante reforzador de la conducta. En el mesencéfalo se procesan los impulsos de apetencia y aversión, sin embargo como ya se había mencionado antes quien se encarga de integrar dicha información e inhibirla o dejarla continuar según la experiencia previamente aprendida es la corteza orbitofrontal, lo que quiere decir que en individuos que realizan apuestas debieran suspender el juego al presentar pérdidas, situación que no se observa en los jugadores patológicos, quienes al parecer la única experiencia aprendida es acerca de las ganancias, con un atraso en el registro de las pérdidas, por lo que a pesar de no obtener una ganancia monetaria el sujeto continua jugando. Resaltando una vulnerabilidad en la corteza orbitofrontal, condicionando una de las distorsiones cognitivas que tiene el jugador patológico, de poder controlar el resultado, aunado a la incertidumbre de que en caso de seguir apostando la ganancia puede ser mayor y en caso de no hacerlo se perdería la posibilidad de poder ganar más, lo que vuelve a la conducta como una entidad patológica. Sin embargo como ya se había mencionado anteriormente quienes se encargan de la carga emocional de una conducta son la corteza cingulada anterior así como también la corteza frontal dorsolateral, donde se procesa y se planifica la conducta. Ambas estructuras podrían frenar el impulso por obtener una gratificación a partir de una conducta al igual que con una sustancia, sin embargo en individuos ludópatas como en dependientes de sustancias, esto no sucede, lo que condiciona un deseo persistente por exponerse ante este estímulo y obtener una gratificación a corto plazo (**Fernández & Luengo, 2004**).

Factor neurocognitivo

Lo anterior se explica con los individuos que buscan de forma irrefrenable conseguir la sustancia deseada, sin importar la cantidad, como sucedería al intentar apostar con el objetivo de tener la incertidumbre del resultado que se obtendrá. Con lo previamente redactado, se explica el sustrato neurobiológico de la ludopatía y su similitud con los trastornos adictivos, de aquí podemos partir a las alteraciones cognitivas que presentan los jugadores patológicos, en específico dos. La primera tiene que ver con la idea de control que puede llegar a tener el jugador sobre el resultado, en la cual se tiene la creencia firme de que se puede aproximar a un resultado favorecedor, a esto se le denomina ilusión de control. La segunda alteración cognitiva tiene que ver con la idea firme de que al transcurrir un periodo de resultados negativos, posteriormente se obtendrán resultados positivos, a esto se le conoce como la falacia del jugador, lo cual mantiene al individuo arriesgando dinero en juegos de apuestas, estas alteraciones cognitivas se asemejan con la creencia de los adictos de poder controlar el consumo sin importar los efectos de la sustancia (**Fernández & Luengo, 2004**).

En resumen el juego patológico, a pesar de no involucrar el consumo de una sustancia química, la exposición a juegos de azar ha demostrado que activa circuitos de recompensa, similares a las drogas de abuso, provocando síntomas conductuales similares a los trastornos por consumo de sustancias. Se han asociado los trastornos adictivos con déficits cognitivos, aunque los resultados son variables. Por ejemplo en el trastorno por consumo de etanol, los déficits ocurren en los ámbitos de las funciones ejecutivas y habilidades visoespaciales, mientras que el lenguaje y las habilidades motoras gruesas son relativamente respetadas, además de que se observa una mejoría parcial en periodos de abstinencia (**Stavrok K, et al. 2013**). Los individuos con trastorno por juego patológico presentan también un déficit en las funciones ejecutivas (**Lugerword, et al. 2009**), incluyendo la toma de decisiones (**Branda M, et al. 2005**), el control inhibitorio y la flexibilidad mental (**Fuentes, et al. 2006**), sin embargo, al revisar en la literatura no se encuentra bibliografía acerca del impacto de la abstinencia prolongada en estos déficits. Varios trabajos en ludopatía y dependencia a etanol generalmente apoyan la presencia de impulsividad premórbida, así como también un mayor deterioro en la memoria de trabajo asociado a consumo de etanol (**Lugerword, et al. 2009**).

En una cohorte realizada en la ciudad de Dunedin, Nueva Zelanda entre con nacimientos 1972 y 1973, se realizó un estudio multidimensional de la personalidad y entrevistas estructuradas basadas en juego problemático en el último año, junto con consumo de cannabis, etanol y nicotina. Encontrando una similitud en cuanto al perfil de personalidad entre los trastornos por consumo de sustancias y juego patológico, con puntuaciones altas en emotividad negativa, toma de riesgos e impulsividad (**Slutske WS, 2005**).

Factor ambiental y psicosocial

La legalización generalizada de los juegos de azar en los últimos decenios ha permitido una mayor aceptación social de los juegos de azar. Los niños están creciendo, por primera vez en generaciones, en medio de múltiples oportunidades de juego, que van desde las loterías, juegos de azar de casino, juegos de póquer televisados, y las apuestas en Internet. Con billetes de lotería y reutilizables disponibles en las tiendas de comestibles y estaciones de servicio, existen oportunidades diarias para jugar.

La historia familiar de los jugadores patológicos fue valorada por Dannon y colaboradores, quienes reportaron una tasa mayor de prevalencia en abuso de consumo de etanol, juego problemático y trastornos de ansiedad en familiares de primer grado de jugadores patológicos comparados con el grupo control (**Dannon P, et al. 2006**) estos resultados fueron replicados por Black y colaboradores (**Black DW, et al. 2014**).

Desde el siglo pasado, se ha reportado que la gran disponibilidad y fácil acceso a los juegos de azar, así como la aceptación social, incrementan la prevalencia de juego patológico en la población genera (**Allcock, 1986**). Se ha estudiado las características locales (vecindario), que contribuyen con el aumento en el juego patológico, como es la mayor disponibilidad de máquinas tragamonedas o expendedoras de frutas, colocadas en sitios con un bajo nivel socioeconómico, encontrando una relación con un aumento en juego patológico en grupos de individuos que habitan este tipo de sitios (**Welte J, et al. 2004**), (**Wardle H, 2014**) y (**Marshall DC & Baker RG, 2002**) encontrando que existe una mayor densidad de puntos de venta de juegos de azar en barrios relativamente desfavorecidos económicamente.

La disponibilidad de juegos de azar contribuye a tener jugadores regulares, no necesariamente todos los que los utilicen se convertirá en jugadores patológicos, sin embargo si se conjuntan los factores antes mencionados, se tendría un individuo vulnerable a desarrollar dicha patología. Es por eso por lo que se ha estudiado también que beneficios observan las personas de exponerse a los juegos de azar, reportándose que según la localidad, los juegos de azar pueden tener mayor disponibilidad que las drogas legales e ilegales, se tiene la posibilidad de una ganancia financiera y se percibe como un realce social, sin embargo todas estas percepciones se encontraron como un predictor de problemas de juego. Conforme se distribuyen los juegos de azar, las conductas de juego son aceptadas por la población, lo que contribuye a que el jugador lo vea como al socialmente aceptable (**Winckwire EM, et al. 2007**).

En un estudio realizado en el departamento de comportamiento adictivo y medicina de las adicciones, de la universidad de Mannheim en Alemania, se estudiaron las características socio demográficas de los jugadores patológicos (n= 515 varones) en comparación con población control (n= 269 varones) encontrando que la población con juego patológico tenía una mayor frecuencia de divorcio con un 27.1%, un 63.9% de la muestra control tenía un diploma universitario en comparación con los jugadores patológicos con 16.9%, asimismo se reportó que un 27% de los jugadores patológicos está dentro del programa de beneficio por desempleo en comparación con el 1.8% de la población control, 56.1% de los jugadores patológicos reporto tener un consumo de tabaco activo. (**Mann K, et al. 2017**).

Al igual que los trastornos por consumo de sustancias, el jugador patológico invierte una cantidad de dinero que rebasa lo planeado o incluso lo lleva a un deterior en su calidad de vida. En los datos previos, se refleja como una proporción significativa de la población con juego patológico depende del apoyo gubernamental a desempleados, sin embargo no solo se estudió esto, también se realizó un promedio de la deuda anual entre ambos grupos encontrando que los individuos ludópatas tenían

una deuda anual de 36, 615 euros en comparación con el grupo control que tenía una deuda promedio de 6,954 euros **(Mann K, et al. 2017)**.

Esto concurre con los resultados expuesto en otros trabajos, donde se asocian ciertas características socio demográficas como posibles factores de riesgo para el juego patológico como son, el sexo masculino, bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, el estado civil y el desempleo similar a lo observado en trastornos por consumo de sustancias **(Castrén S, Et al. 2013)**.

El paciente con juego patológico, en su mayoría, carece de reconocimiento de sus conductas, como síntomas que forman parte de un trastorno mental. Por lo que para poder evaluar y examinar este padecimiento, la población que se debe estudiar es en aquella con mayor riesgo a padecerlo, es decir pacientes con trastorno por consumo de sustancias, en especial alcohol y nicotina, como se expone en el trabajo de Lorains y colaboradores en 2011, donde se reporta que el tamaño del efecto ponderado para los trastornos por uso de sustancias fue de 57.7%, para el trastorno por consumo de etanol 17.2% y 60.1% para la dependencia a nicotina. Los individuos que padecen juego patológico tienden a disminuir en su productividad, además de convertirse en deudores producto de las pérdidas económicas, a las cuales el sujeto no les da importancia. El problema de esta patología, es que en nuestro país, los organismos encargados de la atención y prevención de trastornos por consumo de sustancias, no están evaluando su comorbilidad con ludopatía, en su mayoría solo organismos no gubernamentales ofrecen atención e información acerca del padecimiento, como por ejemplo la Federación Mexicana de Jugadores en Riesgo FEMEJURI, con especial atención en sitios con mayor exposición a juegos de azar como la zona metropolitana de Monterrey en Nuevo León. Debido al riesgo económico y en productividad personal que representa, es necesario utilizar una herramienta para evaluar síntomas de juego patológico en población con trastorno por consumo de sustancias.

Comorbilidad

Desde la inclusión del juego patológico en 1980 al DSM-III hasta la actualidad, se ha documentado que los jugadores problema tiene comorbilidad con múltiples trastornos psiquiátricos como afectivos, trastornos de ansiedad pero sobre todo trastornos por consumo de sustancias, con mayor énfasis en consumo de etanol y nicotina (Grant JE & Chamberlain SR, 2015), la similitud que guardan los trastornos adictivos con el juego patológico, fue lo que llevo a cambiar este padecimiento del espectro del control de los impulsos al de consumo de sustancias. Una revisión sistemática hecha por Luczak y colaboradores en 2016, a cerca de 11 tipos de adicciones en las diferentes etnias que habitan estados unidos, se encontró que la prevalencia a lo largo de la vida de ludopatía en afroamericanos es de 0.9%, 06% en caucásicos e individuos de habla hispana 0.3%. Al estudiar la comorbilidad de ludopatía de cada uno de los grupos étnicos se encontró que la población blanca tenía mayor prevalencia de trastorno por consumo de etanol asociado a trastorno por juego patológico, en comparación con la población afroamericana y de habla hispana **(Luczak SE & Wall TL, 2016)**.

Según los resultado de la encuesta nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas, realizada en Estados Unidos, donde se encuesta a una población total de 43,093 individuos, se encontró que los trastornos psiquiátricos que tenían una mayor prevalencia en cuanto a coocurrencia en pacientes con diagnostico principal de juego patológico, fueron trastorno por consumo de etanol con síndrome de dependencia en un 73.22 % de la muestra (n= 190), en segundo lugar trastorno por consumo de nicotina con síndrome de dependencia 60.37%, trastornos afectivos con predominio de tipo depresivo 49.62% y trastornos por consumo de cualquier otra sustancia (cannabis, cocaína, solventes y opiáceos) con un 38%. Dentro de los trastornos de personalidad el que tuvo una mayor prevalencia fue el trastorno obsesivo de la personalidad con un 28.45%, seguido del trastorno antisocial de la personalidad con un 23.31%, mientras que el trastorno de personalidad con menor frecuencia reportada, fue el trastorno de personalidad dependiente. **(M. Petry, S. Stinson & F. Grant. 2005)**.

En una muestra clínica se encontró que el 53% de jugadores patológicos tienen dependencia a etanol positiva relacionada con un nivel socioeconómico bajo (**Welte j, et al, 2001**). Se ha encontrado que en los servicios de hospitalización en psiquiatría, un 30% de los pacientes cumplen con trastorno por consumo de sustancias y de estos una cuarta parte cumplían criterios para trastorno por juego patológico (**Grant J, et al, 2005**).

Estudios más recientes, como el realizado por Rodríguez y colaboradores, en la Universidad de Massachusetts, demuestra la alta prevalencia de trastornos por consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico primario de juego patológico, utilizando la base de datos de reclamos por servicios de salud público y privado, incluyendo un total de 869 individuos, encontrando que la distribución por género es de 71% en hombres y 29% en mujeres, los trastornos psiquiátricos con mayor comorbilidad fueron en primer lugar el trastorno de ansiedad con 28%, los trastornos afectivos con 26%, el trastorno por consumo de cualquier sustancia con 18% y trastorno adaptativo con 9%. Realizaron una división de las variables en cuanto a dependencias a etanol puro con una frecuencia de 8%, abuso de sustancias sin dependencia y sin etanol (opiáceos, tabaco, cocaína y cannabis) con una frecuencia de 5% y dependencia a sustancias sin etanol (opiáceos, tabaco, cocaína y cannabis) con una frecuencia del 6%. Los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias son los más prevalentes en individuos con diagnóstico de juego patológico, que buscan tratamiento. La probabilidad de recibir atención de especialistas clínicos varía significativamente según el diagnóstico clínico y la complejidad de cada paciente (**Rodríguez, Errea & Volberg, 2017**).

En un estudio transversal, individuos con juego patológico fueron 30 veces más probabilidades de tener múltiples (tres o más) de otros trastornos psiquiátricos de por vida en comparación con aquellos sin juego patológico (**Kessler RC, et al, 2008**). Estudios longitudinales, que son ventajosos para establecer la temporalidad del inicio del trastorno, sugieren que individuos con diagnóstico de un año previo de trastorno por juego patológico, se asocia con el desarrollo posterior nuevas condiciones psiquiátricas, principalmente trastornos por consumo de sustancias, trastornos afectivos (depresión) y ansiedad. (**Chou KL & Affit TO, 2011**).

Consumo de etanol, juego patológico y calidad de vida.

La organización mundial de la salud (OMS), desde la década de los 80s, emprendió un trabajo exhaustivo por definir la calidad de vida, convocando tanto especialistas en medicina como en ciencias sociales. Lo que derivó del trabajo es que la OMS definiera la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en su entorno cultural y en el sistema de valores en el que vive, así como con relación a sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo esto en relación con la salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y sus creencias personales. (**WHO, 1995**)

Según el trabajo de Lesieur y Custer, el juego patológico tiene un curso que consta de tres estadios progresivos, el primero la fase ganadora, el segundo la fase perdedora y la tercera fase la de desesperación. Durante la primera fase, los jugadores patológicos consideran el juego como una actividad social y a menudo son capaces de incluso ganar cantidades importantes. Este autor refuerzo dinámico provoca sentimientos de grandeza, a la vez que aumentan los fondos destinados en el juego. En la fase de pérdida, los jugadores empiezan a perseguir sus deudas, con apuestas cada vez más grandes, tienen una fantasía acerca de la posibilidad de ganar y mienten a sus familiares, para conseguir efectivo. Cuando se llega la fase de desesperación, el jugador experimenta sentimientos de desesperanza a medida que las pérdidas se acumulan y las relaciones familiares se deterioran. En este punto ya no se percibe el juego como una elección, se tornan insensibles y distantes, pudiendo incurrir en conductas antisociales como el robo, el fraude o la falsificación para continuar jugando.

Dentro de las fases sugeridas, durante la fase de desesperación creciente, el individuo puede presentar también detenciones frecuentes por autoridades, divorcio, consumo perjudicial de etanol e intentos suicidas, lo que deteriora su calidad de vida. (**Lesieur y Custer, 1984**)

El estudio realizado por Robles y colaboradores, estudiaron como el deseo persistente por consumir etanol (craving en inglés) y un consumo perjudicial afectaban la calidad de vida del sujeto. Encontraron que, en una muestra de 120 sujetos, a los cuales se les aplicó la escala multidimensional de alcoholismo y la escala de calidad de vida SF-36, se encontró que aquellos que tenían comorbilidad entre consumo de etanol y otro trastorno psiquiátrico, por el DSM IV-TR, tenían una peor calidad de vida destacando en las siguientes categorías: función social, rol emocional, vitalidad y salud general. Las mujeres presentan una calidad de vida inferior enfatizando aquellas de función social y rol emocional. **(Robles-Martínez M, et al. 2017)**

Por el trabajo realizado por Black, y colaboradores en 2005, el cual se enfocó, en las consecuencias negativas en cuanto a disfunción familiar. La muestra fue recogida, de una encuesta realizada a grupos de jugadores anónimos, donde se reclutó una muestra de 95 jugadores patológicos, según los criterios del DSM-IV y 91 individuos como grupo control. Los sujetos con juego patológico tenían mayor probabilidad de divorcio en comparación con los controles (odds ratio [OR] = 2.56, 95% CI, 1.35-4.87, P = .004), vivir solos (OR = 4.49; 95% CI, 1.97 -10.25; P <.001), y para reportar cualquier tipo de maltrato infantil (OR = 4.02; 95% CI, 2.12-7.64; P<.001). Se utilizó el dispositivo de evaluación familiar (FAD), para valorar la disfunción familiar, encontrando que, el 55% de las familias de juego patológico y el 33% de las familias control fueron calificadas como "insalubres". La gravedad del juego se correlacionó positivamente con el divorcio, el maltrato infantil y la subescala de los roles del FAD. **(Black, DW, et al. 2012)**

ANTECEDENTES

Dentro de los estudios que han valorado la comorbilidad entre ludopatía y adicciones a sustancias, se encuentra la revisión sistemática realizada por el real colegio de psiquiatras de Nueva Zelanda en 2015, donde se encontró que una prevalencia de un 21.1% con un intervalo de confianza del 95% en personas con juego patológico y trastorno por consumo de etanol, **(Dowling, et al. 2015)**.

En un estudio realizado en Finlandia, a través de una encuesta para la búsqueda de jugadores patológicos, con la finalidad de medir la magnitud de la ludopatía a nivel poblacional, aunque también se estudiaron los trastornos psiquiátricos comórbidos en estos individuos, poniendo énfasis en trastornos por consumo de sustancias. De 2826 personas 1.1 % resultaron ser identificados como jugadores patológicos. Se encontró una asociación entre el consumo de etanol, nicotina y menor edad de inicio en el juego para un incremento en la gravedad de juego patológico **(Castrén S, et al. 2013)**

En el departamento de psiquiatría de la universidad de Philadelphia en Estados Unidos, el doctor Lior Rennert y colaboradores, realizaron un estudio donde se buscaba evaluar la prevalencia de juego patológico en individuos con diagnóstico por trastorno por consumo de sustancias, teniendo como fondo que hay una alta tasa de problemas de juego en individuos consumidores de sustancias. Con una muestra total de 6,613 individuos, de los cuales 1,241 individuos fueron diagnosticados con trastorno por juego patológico tanto con criterios del DSM IV como con el DSM 5, encontrando diferencias sociodemográficas entre el grupo sin diagnóstico de juego patológico contra el que sí tenía dicho diagnóstico como fue, mayor frecuencia del género masculino, mayor frecuencia de etnia afroamericana y mayor prevalencia de trastorno por uso de etanol en comparación con otros trastornos, **(Rennert L, et al. 2014)**.

Con una línea de investigación similar a la anterior, el departamento de medicina de las adicciones de la Universidad de Heidelberg en Alemania, estudio los trastornos por consumo de nicotina y rasgos de personalidad asociados a individuos ludópatas, en comparación con un grupo control, encontrando que los individuos ludópatas tenían una mayor proporción de individuos ludópatas con trastornos por consumo de tabaco en comparación con el grupo control, así como también se encontró una mayor tendencia a tener deudas económicas anuales, seis veces mayor en comparación con el grupo control, incluso se aplicó la escala de South Oaks gambling Screen (SOAGS por sus siglas en inglés), para medir la severidad del juego, encontrando un puntaje

promedio de 11.69 en el grupo de ludópatas en comparación con el grupo control que tuvo un promedio de 0.47 (**Mann K, et al. 2017**).

*Dentro de los trabajos realizados para el estudio de la percepción de la calidad de vida en jugadores patológicos, destaca el realizado por Black y colaboradores, donde a través de encuestas realizadas, a grupos de jugadores anónimos, se reclutó una muestra de 183 sujetos, los cuales fueron divididos en dos grupos, según su resultado en la escala de SOGS, con un puntaje mayor a 5, fueron 92 como jugadores patológicos y con un puntaje menor a 2, 91 individuos como el grupo control. Los sujetos fueron similares en edad y género (masculino), además de lo anterior, se les aplicó el cuestionario de salud SF-36, el cual consta de un instrumento, sobre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Dentro de los resultados se encontró, que más del 60% de los jugadores patológicos consumían tabaco y al menos un 50% tiene dependencia al etanol. Asimismo, se encontró que un 89% de los jugadores patológicos tenían antecedentes de visitas al menos una vez por año, desde los 18 años al servicio de urgencias de un hospital, en comparación con el 39% de los individuos control. En cuanto a la percepción de calidad de vida se refiere, a medida que aumentaba la gravedad del juego, todas las medidas de resultados médicos empeoraron, pero no todas las correlaciones fueron significativas. Las correlaciones de mayor soporte fueron para las subescalas SF-36 en el área de estado mental, ($r = -0.363, -0.507$), funcionamiento social ($r = -0.319, -0.487$) y área emocional ($r = -0.376, -0.398$). El puntaje total de SOGS se correlacionó positivamente con el número total de condiciones médicas crónicas ($r = 0.211, p = .040$). Es importante destacar que, entre los jugadores patológicos, el aumento de la severidad medida con los SOGS, se correlacionó positivamente con peores percepciones de salud autoinformadas y el número total de afecciones médicas crónicas, así como también malas elecciones para la salud, como evitar el ejercicio. (**Black, D, Et al. 2013**)*

JUSTIFICACIÓN

Es importante estudiar el trastorno por juego patológico, por las siguientes razones:

Primero, se ha documentado a través de diferentes estudios mencionados anteriormente que la ludopatía agrava los trastornos por uso de sustancias, provocando un deterioro social y mayor disfunción debido a endeudamiento, mayor riesgo de fracaso en relaciones de pareja y mayor riesgo de recaídas o recurrencias.

El trastorno por juego patológico, conlleva en las personas que lo padecen un deterioro social, endeudamiento económico y deterioro en su calidad de vida, como se observa en el estudio realizado por Grant y colaboradores, donde se evalúa la severidad del trastorno por juego patológico y su percepción de calidad de vida, reportando que aquellos con mayor gravedad del trastorno por juego patológico, tenían una peor calidad de vida así como también mayores pérdidas económicas además de un consumo mayor de nicotina (**Grant JE, et al. 2017**).

Segundo, los individuos con juego patológico tienen mayor riesgo de presentar otro tipo de trastornos mentales no solo por consumo de sustancias, que también provocan disfunción y deterioro en su calidad de vida, como por ejemplo trastornos afectivos en específico trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad en específico trastorno de ansiedad generalizada.

Tercero, el trastorno por juego patológico demuestra un patrón de dificultad para controlar el impulso y reprimir el deseo por jugar sin necesidad de tener una sustancia química presente, activando los mismos circuitos de recompensa y gratificación que conllevan a una adicción a una sustancia. Lo que demuestra que la ludopatía es un ejemplo de un trastorno adictivo conductual, donde a diferencia de otros trastornos adictivos, no se pueden hacer mediciones séricas de una droga en cuestión, por lo que conviene detectar el problema con instrumentos psicométricos en pacientes con mayor riesgo de coocurrencia.

Cuarto, el aumento en la cantidad de casinos y la mayor disposición por parte del sector empresarial para continuar invirtiendo en este rubro genera condiciones ambientales que favorecen la ocurrencia del trastorno.

Es meritorio mencionar, que el trastorno por juego patológico es considerado un problema de salud pública y que se tiene dentro de los objetivos de prevención, e los organismos gubernamentales encargados de la atención a las adicciones. La secretaria de Salud federal, a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en conjunto con otras instituciones nacionales como el INPRF, el instituto nacional de Salud Pública, el IMSS y el ISSSTE, entre otras, en el año 2012 emitieron el manual sobre las consideraciones de atención y prevención del juego patológico en México, donde se exponen los criterios diagnósticos, que tipo de intervenciones terapéuticas se deben realizar en este tipo de paciente y los centros de referencia, sin embargo no se ofrecen herramientas de detección, además de que las guías de evaluación en pacientes adictos a otras sustancias, no sugieren la exploración de ludopatía. En esencia los pacientes adictos, tienen disfunción familiar, económica y laboral, si a esto le agregamos la necesidad de arriesgar grandes cantidades de dinero para poder experimentar gratificación, los convierte en personas vulnerables. A pesar de las medidas implementadas, el problema y las condiciones ambientales que lo favorecen crecen más rápido que las soluciones que se generan.

Con la validación de la escala SOGS (**Lesieur HR & Blume SB. 1987**), en población mexicana, por medio del trabajo de tesis para obtener el posgrado en psiquiatría, del doctor Ricardo Vélez García, la cual corresponde al primer instrumento creado para la detección de jugadores patológicos, en un inicio basándose en los criterios del DSM-III, a pesar de la reclasificación del padecimiento ahora dentro de los trastornos relacionados con sustancias, la escala ha demostrado ser fiable y válida para escenarios clínicos y de estudio epidemiológico. Por lo que, en el presente estudio, consideramos necesario aplicar dicho instrumento de detección en pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, para detectar síntomas de conductas de juego patológico que cumplan con los criterios diagnósticos para el trastorno. La adaptación de dicha escala, permitió reconocerla como un instrumento diagnóstico, ahora el siguiente paso es utilizarla para estimar la frecuencia de dicho padecimiento. (**Vélez R. 2017**).

Como ya se expresó anteriormente la calidad de vida está relacionada con el consumo de alcohol y con el Juego Patológico, se desconoce cómo estas variables interactúan entre sí, especialmente si el juego patológico juega como una tercera variable (**Vallejo 2011**) (**MacKinnon, D. P., & Luecken, L. J. 2008**).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En pacientes con consumo de alcohol, ¿La calidad de vida se relacionará con el juego patológico y la gravedad del consumo modificará esta relación?

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿La calidad de vida en pacientes con consumo de alcohol estará mediada por la gravedad del juego patológico?

HIPÓTESIS

El trastorno por juego patológico en los pacientes con diagnóstico con trastorno por consumo de alcohol es una variable mediadora de la Calidad de Vida.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Determinar el coeficiente de regresión de la variable asociada a Juego Patológico (Porcentaje de Mediación) en un análisis de mediación entre consumo de alcohol y Calidad de Vida.

Objetivos secundarios:

- * Comparar los pacientes con consumo de etanol con juego patológico contra pacientes con trastorno con consumo de etanol sin juego patológico.
- * Evaluar la percepción de la calidad de vida en pacientes con trastorno por consumo de etanol comparado con paciente con trastorno por consumo de sustancias y juego patológico.
- * Variables clínicas y sociodemográficas

MÉTODO

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio observacional, analítico y Transversal (AFMC Primer on Population Health, (2016).

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Individuos que acudan a consulta de primera vez a la clínica de trastornos adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría
- Individuos que acudan a consulta de primera vez, al Centro de Atención a Alcohólicos y sus Familiares, del Instituto Nacional de Psiquiatría
- Individuos que acepten participar, con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (F10)
- Individuos de género masculino y femenino
- Sujetos mayores de 18 años

Criterios de exclusión:

- Individuos con episodios psicóticos agudos.

Criterios de eliminación:

- Sujetos que no sepan leer y escribir.
- Que los sujetos no completen las escalas.

VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 2. Variables Sociodemograficas.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escalas de medición
Edad	<i>Dimensional</i>	<i>Número de años vividos, a partir de la fecha de nacimiento.</i>	<i>Cifra numérica obtenida en la hoja frontal de datos. 18-65 años.</i>	<i>Años</i>
Genero	<i>Catagórica Dicotómica</i>	<i>Condición establecida por el rol social con el que se identifica a una persona, ya sea masculino o femenino.</i>	<i>Genero codificado como masculino o femenino</i>	<i>Masculino femenino</i>
Estado civil	<i>Catagórica</i>	<i>Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no una pareja y su situación legal con respecto a esto.</i>	<i>Soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre.</i>	<i>Soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre.</i>
Ocupación laboral	<i>Nominal</i>	<i>Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido</i>		<i>Trabajo remunerado Trabajo no remunerado Hogar Estudiante No trabajo, no remunerado No trabajo, no remunerado</i>
Nivel de estudios	<i>Ordinal</i>	<i>Nivel de estudios más alto al que ha llegado una persona, según el sistema educativo.</i>	<i>Respuesta a cuestionario</i>	<i>Primaria/secundaria/ bachillerato/licenciatura/ posgrado</i>

VARIABLES CLÍNICAS

Table 3. Variables clínicas

Consumo de alcohol	<i>Dimensional</i>	<i>Prueba simple de diez preguntas desarrollada por la Organización Mundial de la Salud que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso.</i>	AUDIT	<i>Puntaje de 8 o más en sujetos del género masculino (de 7 en sujetos del género femenino) indica una fuerte probabilidad de daños debido al consumo de alcohol. Un puntaje de 20 o más sugiere una dependencia del alcohol.</i>
Puntaje escala SOGS	<i>Cualitativa dicotómica</i>		<i>De acuerdo con los puntos de corte, se considera caso todo aquel con un puntaje final mayor a 5. Positivo y negativo.</i>	<i>Positivo para juego patológico. Negativo para juego patológico.</i>

Cuestionario de Endicott	<i>Dimensional</i>	<i>Percepción de los pacientes sobre su calidad de vida</i>	<i>Grado de satisfacción que experimentan los pacientes sobre su funcionamiento diario.</i>	<i>Puntaje total del cuestionario de Endicott.</i>
---------------------------------	--------------------	---	---	--

POBLACIÓN

Muestra del grupo de investigación: la muestra se obtuvo del total de pacientes que acuden a consulta en la clínica de adicciones tanto de primera vez como subsecuentes.

Grupo Control: el grupo control se obtuvo de la población general no perteneciente a la clínica de adicciones, sin el antecedente de trastorno por consumo de etanol.

Calculo de la muestra: Dado que el análisis de mediación se basa en Regresión múltiple, se considera un criterio robusto de 20 sujetos por variable, lo que da una muestra de al menos 60 participantes para el grupo de individuos con alcoholismo. (*Bárbara Tabachnick & Linda. Fidell. 2013*).

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Encuesta general:

A través de una encuesta breve, se interrogarán los datos generales del paciente para la recolección de las variables sociodemográficas.

Escala SOGS:

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 autoaplicables que exploran siete componentes que se corresponden con el diagnóstico de juego patológico de acuerdo con 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 con 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).

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. (Echeburúa 1994).

El SOGS demostró una exactitud de clasificación buena a excelente en la muestra de tratamiento de juego, pero tenía una precisión más pobre en la muestra de población general con una tasa de 50% de falsos positivos. (Stinchfield 2002).

La escala y fue validada, en población mexicana, por el doctor Ricardo Vélez García.

Para la validación de la escala, se aplicó el instrumento a un total de 250 sujetos, de los cuales 199 pertenecen a una población abierta, y 51 a una población con problemas de juego identificados. 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 (**Echeburía, 1994**). Se calculó 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. El índice de consistencia interna obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach de la muestra total de sujetos (N = 250) fue de 0.966. 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 fue de 0.978 ($p < 0.005$) a las 4 semanas entre ambas aplicaciones. (**Vélez R. 2017**).

Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer de Endicott:

Endicott, (1993) define Calidad de vida y Satisfacción como: El grado de placer y satisfacción con respecto a “la salud física, los sentimientos subjetivos de bienestar, el trabajo, las tareas del hogar, la escuela, actividades de ocio, relaciones sociales y actividades en general., así como satisfacción con la medicación y la vida global”

El cuestionario fue creado en 1993 por Endicott, es una escala autoaplicable que explora el grado de satisfacción que experimentan los individuos en su calidad de vida en diferentes dimensiones. Estas dimensiones son: salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, trabajo en la escuela, actividades en tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales. Consta de 93 reactivos que se califican en una escala de 1 a 5.

Dentro de los reactivos, se incluye salud física (13 reactivos), sentimientos (14 reactivos), vida laboral (13 reactivos), tareas de la casa (10 reactivos), vida académica (10 reactivos), actividades recreativas (6 reactivos), vida social (11 reactivos) y actividades en general (14 reactivos). Las áreas que evalúan la vida laboral, las tareas de la casa y la vida académica se contestan solo si el paciente las realiza.

La confiabilidad se evaluó mediante la prueba-reprueba; el instrumento se aplicó los días 1 y 2. Los resultados fueron un coeficiente de correlación intraclase 0.66-0.89 entre las diferentes dimensiones. La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente de alfa de Cronbach; se presentaron resultados de 0.91-0.96 entre las diferentes dimensiones. (Endicott, 1993).

En un estudio hecho en comunidad, la fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase) a corto plazo (1 a 2 semanas) de la puntuación total del cuestionario de calidad de vida y del cuestionario de satisfacción fue de 0,86 y la consistencia interna (alfa de Cronbach) 0,90. La consistencia test-retest para la calificación general de satisfacción y satisfacción con la vida fue 0,71, (**Rapaport, 2005**). En el presente estudio se utilizará la escala de Endicott validada y traducida al español, por el trabajo para tesis de maestría por la doctora Mendieta, aplicada en población mexicana, (**Mendieta D. 2003**).

AUDIT

El Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test), fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud como un instrumento de tamizaje para consumo perjudicial y de riesgo. Esta escala mide el consumo de alcohol, la conducta en cuanto al consumo, y problemas en relación con el etanol durante el año pasado, enfatiza la detección de trastornos actuales. Consta de 10 preguntas que se marcan de una escala del 0 al 4, con un rango de posibles respuestas del 0 al 40. Un puntaje de 8 o más se sugiere como el punto de corte para la evaluación. (Babor T, 2001).

El AUDIT es un instrumento de tamizaje, que ha demostrado proporcionar una medida correcta del riesgo de consumo de alcohol según género, edad en diversas culturas. El test consta de diez preguntas, las cuales las podemos agrupar en tres dominios conceptuales, que a su vez se refieren

a conceptos como: 1) Consumo de riesgo, 2) Síntomas de dependencia, 3) Consumo perjudicial. Cada pregunta tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. En el documento de la Organización Mundial de la Salud, se recomiendan puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. (**Babor T, 2001**).

El presente estudio, tiene la el objetivo de utilizar este estudio para medir el nivel de consumo de alcohol y compararlo con la percepción de calidad de vida, de cada uno de los individuos que lo contesten.

PROCEDIMIENTO

Recolección de la muestra: Se abordaron a los pacientes que acudan a consulta de primera vez a la clínica de trastornos adictivos y al Centro de Atención a Alcohólicos y Familiares, del instituto nacional de psiquiatría de la ciudad de México., con un total de muestra de 60 individuos entre hombres y mujeres. se le explicara al paciente el tipo de estudio que se está realizando y las ventajas del mismo, así como también se le entregara una carta de consentimiento informado donde constara que el estudio no pone en riesgo su integridad física ni expone su ficha de identificación.

Aplicación de las escalas: Se aplicaron 3 escalas, SOGS para juego patológico, AUDIT para nivel de consumo de etanol y el cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott. A pesar de que las escalas son autoaplicables, en todo momento se asesorara al individuo con el llenado de las escalas, el llenado de las escalas tiene una duración promedio de 60 minutos. Asimismo, se llenará a la encuesta correspondiente a los datos generales del paciente que ayudaran a la recolección de las variables sociodemográficas. Una vez que el paciente termine de responder todos los reactivos de ambos instrumentos, se le explicará que en caso de tener alguna duda por lo respondido o conocer los resultados de la investigación podrá comunicarse con el investigador principal, a través de un número telefónico del instituto nacional de psiquiatría.

Concentración de datos y procesamiento de los mismos: los resultados de las escalas se concentraron conforme se recaben las escalas contestadas. Una vez obtenida la información de todos los pacientes, en el periodo comprendido de enero a mayo del 2019, se procedió al análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables dimensionales se reportaron con media y desviación estándar, las variables categóricas con frecuencia y porcentaje, se utilizó el programa SPSS. Se compararon los grupos por medio de ANOVA para dos grupos independientes El análisis de mediación se hizo por medio de análisis de ecuaciones estructurales usando el software AMOS versión 21, el nivel de significancia se fijará en 0.05.

ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIEROS Y DE BIOSEGURIDAD

Todas las personas incluidas en este estudio tuvieron una carta de consentimiento informado firmada por el mismo, en la que se garantiza que el sujeto no será sometido a ningún riesgo durante su participación en el estudio.

RESULTADOS

Características sociodemográficas:

Se incluyeron un total de 100 sujetos, 60 en el grupo de pacientes con alcoholismo tanto de la clínica de adicciones como del Centro de Atención a Alcohólicos y Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría, los 40 restantes corresponden a un grupo control de sujetos sin el diagnóstico ni el antecedente de trastorno por consumo de etanol. De los pacientes con alcoholismo 76.6% (n=46) fueron hombres y 23.3% (n=14) mujeres, mientras que en el grupo control 50% (n=20) fueron hombres y 50% (n=20) mujeres, el grupo de pacientes con alcoholismo tuvo una media de edad de

31 años y el grupo control de 27.7 años. En cuanto a la escolaridad por grupos, en lo que respecta a los pacientes con alcoholismo el 5% (n=3) termino la primaria, 20% (n=12) la secundaria, 50% (n=30) el bachillerato y 25% (n=15) la licenciatura, en el caso del grupo control 97.5% (n=39) termino la licenciatura y 2.5% (n=1) el posgrado. Los resultados en cuanto al estado civil fueron los siguientes, el grupo de pacientes con alcoholismo 40% (n=24) tienen pareja (casados y en unión libre) y 60% (n=36) no tiene pareja (solteros, viudos y divorciados), en el grupo control 15% (n=9) tiene pareja y 51% (n=31) no tiene pareja. En relación con la ocupación en el grupo de alcohólicos 68.3% (n=41) tiene un trabajo remunerado, 13.3% (n=8) tiene un trabajo no remunerado (incluyendo estudiantes) y 18.3% (n=11) no trabaja, mientras que en el grupo control 70% (n=28) tienen un trabajo remunerado y 30% (n=12) tienen un trabajo no remunerado (estudiantes). Respecto al resultado de la escala de SOGS para Juego Patológico, en el grupo control 33 individuos tienen un puntaje menor a 1 (sin problemas de juego) (82.5%), 7 sujetos se clasificaron como con conductas de juego (17.5%), mientras que en el grupo de individuos alcohólicos un 23 se clasificaron como sin problemas de juego (38.3%), 16 con conductas de juego (26.7%) y 21 como probables jugadores patológicos con una calificación de 5 o mayor a esta (35%), todo lo anterior se organiza y se expresa en la Tabla 4.

Tabla 4. Frecuencias de variables sociodemográficas y Juego Patológico

VARIABLE	NIVEL	Grupo control	%	Pacientes con alcoholismo	%	Total	%	CONTRASTE	Valor	gl	Sig.
Escolaridad	Primaria	0	0.0%	3	5.0%	3	3.0%	Chi-cuadrado	54.861	4	<0.001
	Secundaria	0	0.0%	12	20.0%	12	12.0%				
	Bachillerato	0	0.0%	30	50.0%	30	30.0%				
	Licenciatura	39	97.5%	15	25.0%	54	54.0%				
	Posgrado	1	2.5%	0	0.0%	1	1.0%				
Estado civil	Con pareja	9	22.5%	24	40.0%	33	33.0%	Exacta de Fisher	3.324	1	.084
	Sin pareja	31	77.5%	36	60.0%	67	67.0%				
Ocupación	Trabajo remunerado	28	70.0%	41	68.3%	69	69.0%	Chi-cuadrado	10.676	2	.005
	Trabajo no remunerado	12	30.0%	8	13.3%	20	20.0%				
	Sin trabajo.	0	0.0%	11	18.3%	11	11.0%				
SEXO	Hombre	20	50.0%	46	76.7%	66	66.0%	Exacta de Fisher	7.605	1	.009
	Mujer	20	50.0%	14	23.3%	34	34.0%				
SOGS Codificado	Sin problema de juego.	33	82.5%	23	38.3%	56	56.0%	Chi-cuadrado	23.237	2	<0.001
	Conductas de juego.	7	17.5%	16	26.7%	23	23.0%				
	Probable jugador patológico.	0	0.0%	21	35.0%	21	21.0%				

Al contrastar las frecuencias usando Chi-cuadrado, Se encontraron diferencias significativas entre la escolaridad de ambos grupos con una $p = <0.001$, entre la ocupación trabajo remunerado/trabajo no remunerado y sin trabajo) con una $p = 0.005$, asimismo también se encontraron diferencias significativas en SOGS codificado entre ambos grupos con una $p = <0.001$ como se observa en la Tabla 4.

Tabla 5. Medias y desviación estándar.

VARIABLE	Control (n=40)		Pacientes con alcoholismo (n=60)	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
EDAD	27.73	2.21	31.00	9.78
Número de Juegos diferentes	2.15	2.63	2.28	2.28
Juego Patológico	0.45	1.04	3.20	3.97
Dinero apostado	1.00	1.11	1.32	1.26
Salud Física	3.80	0.57	3.19	0.71
Estado de ánimo	4.18	0.60	3.12	0.77
Actividades (escuela, trabajo, hogar).	4.06	0.52	3.05	1.05
Número de actividades	2.68	0.47	1.78	0.87
Tiempo libre	3.98	0.79	2.88	1.07
Relaciones sociales.	4.26	0.75	3.26	0.99
Actividades generales	4.08	0.69	3.06	0.84
Consumo AUDIT	2.95	1.81	7.32	2.50
Dependencia AUDIT	0.20	0.46	5.33	3.11
Perjudicial AUDIT	0.13	0.52	6.77	4.28
AUDIT General	3.28	2.01	19.42	7.85

Se encontraron diferencias en la Edad (Tabla 5) donde el grupo de pacientes alcohólicos presento mayor edad en comparación con el grupo de individuos no alcohólicos (control) teniendo una mayor dispersión de los datos respecto a la media, (31±9.78) mientras que en el grupo control (27±2.21).

Medias para variables Satisfacción en la Calidad de Vida (Endicott) las medias fueron mayores para el grupo control en comparación con el grupo de alcohólicos, Estado de ánimo (4.18±0.6), Actividades (escuela, trabajo, hogar) (4.06±0.52), Número de actividades (2.68±0.47), Tiempo libre (3.98±0.79), relaciones sociales (4.26±0.75), Actividades Generales (4.08±0.69) (Tabla 5).

En cuanto a las medias de las subescalas del AUDIT y la puntuación total del AUDIT, el grupo de pacientes con alcoholismo presento medias más altas en comparación con el grupo control Consumo AUDIT (7.32±2.50), Dependencia AUDIT (5.33±3.11), Perjudicial AUDIT (6.77±4.28) y AUDIT general (19.42±7.85).

Tabla 6. Contraste simple y contraste robusto.

VARIABLE	CONTRASTE SIMPLE		CONTRASTE ROBUSTO		GRUPOS		COVARIABLE SOGSG	
	F	Sig.	WELCH	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Edad	4.33	.040	6.25	0.015				
Número de juegos diferentes	0.07	.788	0.07	0.794				
Juego patológico	18.35	<0.001	26.18	<0.001				
Dinero apostado	1.7	.199	1.8	0.188				
Salud física (Endicott)	20.5	<0.001	22.37	<0.001	9.7	0.002	9.3	0.003
Estado de ánimo (Endicott)	53.9	<0.001	59.4	<0.001	36.01	<0.001	4.7	0.033
Actividades (Endicott)	31.9	<0.001	40.8	<0.001	22.9	<0.001	0.98	0.32
Número de actividades (Endicott)	35.31	<0.001	43.9	<0.001				
Tiempo Libre (Endicott)	30.94	<0.001	34.8	<0.001	21	<0.001	1.9	0.17
Actividades generales (Endicott)	30.01	<0.001	33.40	<0.001	19.6	<0.001	2.6	0.11
Satisfacción de calidad de vida	41.15	<0.001	44.60	<0.001	28.01	<0.001	2.6	0.12
Consumo AUDIT	90.26	<0.001	102.40	<0.001	76.1	<0.001	0.01	0.9
Dependencia AUDIT	107.28	<0.001	158.54	<0.001	100.2	<0.001	1.5	0.23
Perjudicial AUDIT	94.9	<0.001	141.15	<0.001	83.1	<0.001	0.28	0.60
AUDIT General.	161.5	<0.001	230.9	<0.001	143.01	<0.001	0.63	0.43

En la Tabla 6, se observan las significancias resultaron congruentes con tres métodos de contraste: ANOVA simple para dos grupos considerando varianzas iguales; Contraste robusto de Welch para controlar el efecto de varianzas desiguales y ANCOVA para dos grupos independientes utilizando como covariable el SOGSG, esta covariable fue significativa para Salud Física en el cuestionario de Endicott con una significancia de 0.003 y para Estado de Ánimo según el cuestionario de Endicott con una significancia de 0.033.

Imagen 1. Diagrama mediador. (tercera variable)

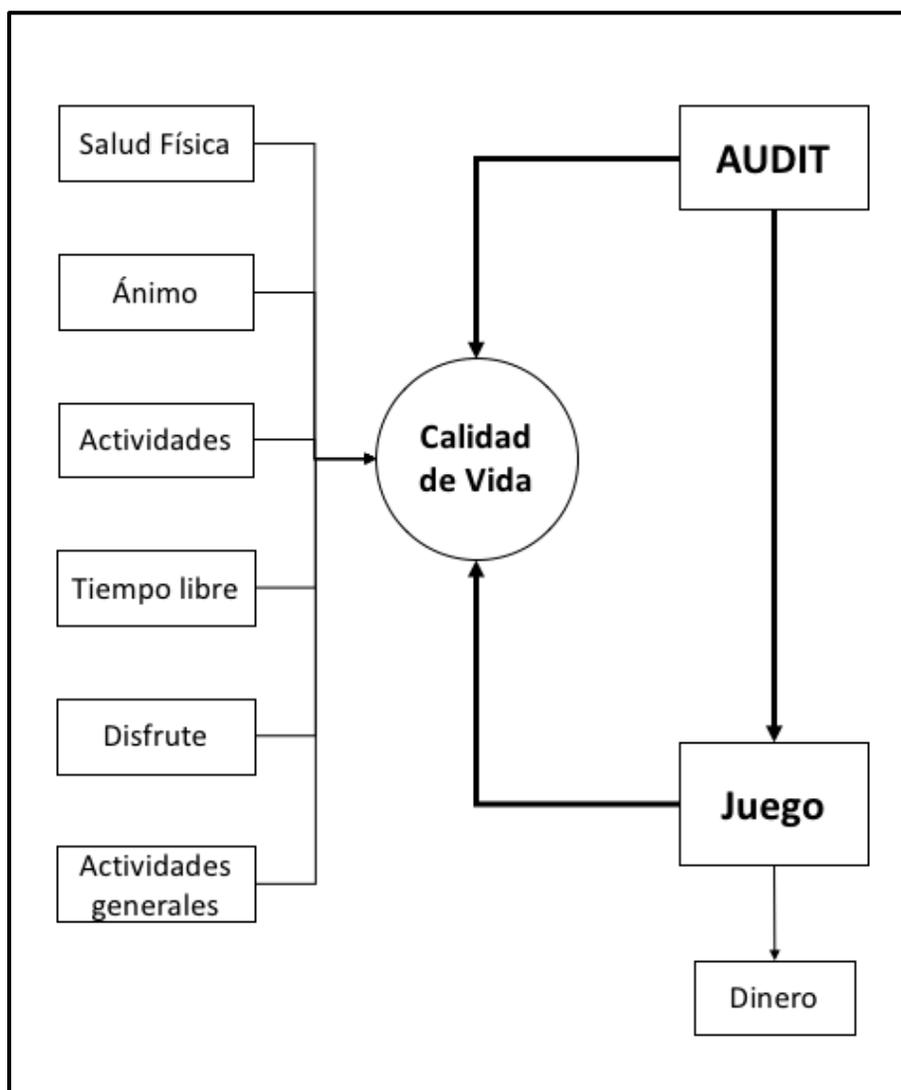


Tabla 7. Modelo Lineal Estructural.

Variable Dependiente	Variable Predictora	Beta Estándar	Z	Sig.	Interpretación.
Juego Patológico	AUDIT General	0.27	2.8	0.006	Mayor nivel de alcoholismo predice Mayor valor de juego Patológico.
Satisfacción de calidad de vida	AUDIT General	-0.46	-5.12	<0.001	Mayor nivel de alcoholismo predice mayor valor de percepción en satisfacción de calidad de vida.
Satisfacción de calidad de vida	Juego Patológico	-0.28	-3.13	0.002	Mayor nivel de juego patológico predice mayor valor de percepción en satisfacción de calidad de vida
Salud Física (Endicott)	Satisfacción de calidad de vida	0.81	11.3	<0.001	Mayor nivel de satisfacción en la calidad de vida predice mayor valor de satisfacción en salud física.
Estado de ánimo (Endicott)	Satisfacción de calidad de vida	0.91	15	<0.001	Mayor nivel de satisfacción en la calidad de vida predice mayor valor de satisfacción en el estado de ánimo.

Variable Dependiente	Variable Predictora	Beta Estándar	Z	Sig.	Interpretación.
Actividades (Endicott)	Satisfacción de calidad de vida	0.79	10.7	<0.001	Mayor nivel de satisfacción en la calidad de vida predice mayor valor en satisfacción de actividades.
Tiempo libre (Endicott)	Satisfacción de calidad de vida	0.8	11.2	<0.001	Mayor nivel de satisfacción en calidad de vida predice mayor valor en satisfacción del tiempo libre.
Actividades generales (Endicott)	Satisfacción de calidad de vida	0.9	14.3	<0.001	Mayor nivel de satisfacción en calidad de vida predice mayor valor de satisfacción en actividades en general (disfrute).
Dinero apostado.	Juego patológico	0.7	8.7	<0.001	Mayor nivel en el juego patológico predice mayor valor en la cantidad de dinero apostado.

Mackinnon establece (MacKinnon, D. P., & Luecken, L. J. 2008):

Regresión del Efecto Directo= Regresión del efecto Indirecto + el producto de los valores de regresión de la tercera variable-

En esta investigación

Tabla 8.

Efectos	Variable Predicha	Variable Predictora	Regresor	Coefficiente Estandarizado de Regresión	ED=EI + A x B	Porcentaje de Mediación
Efecto Indirecto	Satisfacción de calidad de vida	AUDIT General		-0.457		
Efecto Mediador	Juego Patológico	AUDIT General	A	0.268		
	Satisfacción de calidad de vida	Juego Patológico	B	-0.275		
Efecto Directo				-0.530	-0.530	
Mediación			A x B	-0.0737		13.9%

ED: Efecto directo. EI: efecto indirecto.

El efecto mediador del Juego Patológico sobre la Satisfacción en la Calidad de Vida del Alcoholismo es pequeño 13.9%, esto se puede explicar en función de la población en Estudio (Tabla 8).

DISCUSIÓN

Trabajos de investigación fuera de México han estudiado la relación entre el trastorno por consumo de sustancias y el Juego Patológico, empezando por encontrar una base neurobiológica similar entre ambos tipos de trastornos a pesar de que uno de ellos no tiene implicada una sustancia de por medio encontrando que en ambos está activado el circuito de recompensa involucrando el área tegmental ventral del mesencéfalo y el núcleo acumbens, donde la dopamina juega un papel fundamental para promover la repetición de la conducta al tener un efecto gratificante. (Koob & N Volkow, 2016). Asimismo, se ha encontrado un factor neurocognitivo similar donde hay los individuos tiene una dificultad para frenar el conseguir una nueva sustancia o apuesta, sin importar las consecuencias o la cantidad, estas fallas cognitivas son similares tanto en consumidores de etanol como en jugadores patológicos. (Fernández & Luengo, 2004).

Según los resultado de la encuesta nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas, realizada en Estados Unidos, donde se encuesta a una población total de 43,093 individuos, se encontró que los trastornos psiquiátricos que tenían una mayor prevalencia en cuanto a coocurrencia en pacientes con diagnóstico principal de juego patológico, fueron trastorno por consumo de etanol con síndrome de dependencia en un 73.22 % de la muestra (n= 190), en segundo lugar trastorno por consumo de nicotina con síndrome de dependencia 60.37%, posteriormente los trastornos afectivos y ansiosos, esto le da fortaleza a la base neurobiológica y cognitiva que comparten el consumo de sustancias y al adicción a los juegos de azar (M. Petry, S. Stinson & F. Grant. 2005). En el departamento de psiquiatría de la universidad de Philadelphia en Estados Unidos, el doctor Lior Rennert y colaboradores, realizaron un estudio donde se buscaba evaluar la prevalencia de juego patológico en individuos con diagnóstico por trastorno por consumo de sustancias, teniendo como fondo que hay una alta tasa de problemas de juego en individuos consumidores de sustancias. Con una muestra total de 6,613 individuos, de los cuales 1,241 individuos fueron diagnosticados con trastorno por juego patológico tanto con criterios del DSM IV como con el DSM 5, encontrando diferencias sociodemográficas entre el grupo sin diagnóstico de juego patológico contra el que si tenía dicho diagnóstico como fue, mayor frecuencia del género masculino, mayor frecuencia de etnia afroamericana y mayor prevalencia de trastorno por uso de etanol en comparación con otros trastornos, (Rennert L, et al. 2014).

Respecto a la calidad de vida, de pacientes que padecen algún trastorno adictivo, se ha documentado que esta se ve reducida en comparación con la población general, e incluso es percibida por los sujetos con adicción. (Robles-Martínez M, et al. 2017). En lo que se refiere a jugadores patológicos, la evidencia no difiere de aquellos que son adictos a una sustancia, según Lesieur y Custer, dentro de las fases de evolución del Juago Patológico, el sujeto puede involucrarse en problemas que van en detrimento de su calidad de vida, como por ejemplo peleas con autoridades policíacas, contraer deudas por encima de lo originalmente planeado (Lesieur y Custer, 1984). Black y colaboradores evaluaron la disfunción familiar comparando un grupo de Jugadores Patológicos contra un grupo control, encontrando mayor disfunción familiar entre los ludópatas. (Black, DW, et al. 2012)

Esta investigación tuvo como propósito demostrar que el juego patológico disminuye la percepción de calidad de vida en personas con trastorno por consumo de etanol activo concurrente con Juego Patológico en comparación con aquellas que únicamente tienen alcoholismo, asimismo se comparó con población general sin antecedente de alcoholismo. Dentro de las variables estudiadas se encontró la cantidad de dinero apostada y la cantidad de juegos de azar de aquellos con conductas

de juego y Juego Patológico. A continuación, se discutirán los principales hallazgos del presente estudio en comparación con otros trabajos.

La frecuencia de juego patológico a nivel mundial es 0.4 a 1.6% según National Gambling Impact Study Commission, 2007, en 1991, el 80% de los americanos apostaba en juegos de azar comparados con el 60% que jugaba en la década de 1960 (López & Miller 1997). En las mujeres la prevalencia a lo largo de la vida es de 0.2% y en hombres de 0.6% (American Psychiatric Association, 2013). Según la encuesta nacional sobre alcohol y condiciones relacionadas, realizada en Estados Unidos, se tuvo a una población total de 43,093 individuos, un 0.44% tenía Juego Patológico (n=190), (M. Petry, S. Stinson & F. Grant. 2005). Dentro de los resultados de este estudio se encontró que según el cuestionario de SOGS para el grupo control (n=40) 82.5% (n=33) no tenían problemas de juego y un 17.5% (n=7) tenían conductas de juego, mientras que en el grupo de individuos alcohólicos (n=60), un 35% (n=21) son jugadores patológicos y 27% (n=16) tienen conductas de juego riesgosas.

De los resultados obtenidos de esta investigación, se puede deducir que tanto en el subgrupo de individuos con alcoholismo y en el subgrupo de alcoholismo más Juego Patológico la mayoría se trata de individuos masculinos, esto es similar a lo reportado en estudios en el extranjero con poblaciones de estudio similares como se expresa en los resultados del doctor Rennert en la universidad de Philadelphia, al igual que en otros trastornos adictivos la frecuencia es más alta para jugadores y adictos a sustancias hombres en comparación con la población femenina. (Rennert L, et al. 2014). Dentro del presente estudio del subgrupo de jugadores patológicos (n=21), únicamente 4 corresponden al género femenino (19%, de la muestra del grupo de alcohólicos) y 80% (n=17) son individuos masculinos.

En cuanto a los trabajos que hablan sobre otras variables sociodemográficas como por ejemplo el estado marital de jugadores patológicos y alcohólicos, un estudio realizado por Mann y colaboradores en el 2017 demostró de una muestra de 515 ludópatas, tenían un 27% de frecuencia para divorcio mientras que este estudio 19% (n=4) de los 21 jugadores patológicos se encuentran divorciado. Además de que, en el caso de la escolaridad, el trabajo de Mann en Alemania reporta que 64% tenía un diploma universitario, en este estudio 28% (n=6) de los ludópatas tiene una licenciatura. En cuanto a la ocupación el doctor Mann reporta que un 27% de los jugadores patológicos se encuentra en el programa de beneficio por desempleo, en comparación con este estudio donde 5% (n=1) se encuentra desempleado. (Mann K, et al. 2017). En el caso del estudio alemán, se comparó la deuda anual de un jugador patológico en comparación con el grupo control encontrando que los individuos ludópatas tenían una deuda anual de 36, 615 euros en comparación con el grupo control que tenía una deuda promedio de 6,954 euros. En este estudio no se calculó la deuda promedio de un jugador patológico, pero según lo reportado por el cuestionario de SOGS, de los 21 jugadores patológicos encontrados un 19% (n=4) han recurrido a solicitar dinero prestado para apostar, reconociéndolo como un problema. Según el estudio de Castren y colaboradores, este tipo de resultados podrían considerarse factores de riesgo que contribuyan al juego patológico. (Castrén S, Et al. 2013).

Según la encuesta nacional en Estados Unidos, se encontró que los trastornos psiquiátricos que tenían una mayor prevalencia en cuanto a coocurrencia en pacientes con diagnóstico principal de juego patológico, fueron trastorno por consumo de etanol con síndrome de dependencia en un 73.22 % de la muestra (n= 190) (M. Petry, S. Stinson & F. Grant. 2005), mientras que en el presente trabajo de los 21 jugadores patológicos se encontró que 42% (n=9) tiene síndrome de dependencia al etanol según el resultado del cuestionario de AUDIT.

Robles y colaboradores, encontraron que, en una muestra de 120 sujetos, a los cuales se les aplicó la escala multidimensional de alcoholismo y la escala de calidad de vida SF-36, se encontró que aquellos que tenían comorbilidad entre consumo de etanol y otro trastorno psiquiátrico, por el DSM IV-TR, tenían una peor percepción de calidad de vida destacando en las siguientes categorías: función social, rol emocional, vitalidad y salud general (Robles-Martínez M, et al. 2017). Mientras que en comparación con los resultados de este estudio mayor nivel del AUDIT general se predice mayor nivel de percepción en la calidad de Vida según el cuestionario de Endicott con una significancia de <0.001 , al comparar el grupo control con el grupo de alcohólicos la media de las subescalas de Satisfacción de la Calidad de vida (Estado de ánimo, salud física, actividades, número de actividades, actividades generales, tiempo libre y relaciones sociales) es mayor en el primero en comparación con los individuos alcohólicos.

El efecto del Juego Patológico como tercera variable entre alcoholismo (AUDIT general) (variable independiente) y calidad de vida (Percepción de Satisfacción de Calidad de Vida con Endicott) (variable dependiente), tuvo un porcentaje de efecto de un 13%, se deduce que se trata de una moderación parcial debido a que el efecto causal de la variable independiente sobre la variable dependiente no quedó reducido a 0 (Vallejo 2011).

Debilidades.

El diagnóstico de Juego Patológico fue a partir del puntaje del cuestionario SOGS, no se hizo una entrevista estructurada para corroborar el diagnóstico.

La muestra de individuos con juego patológico tiene el antecedente de alcoholismo, no se comparó un grupo de ludópatas contra alcohólicos y juego patológico.

Los individuos de la muestra fueron reclutados desde una clínica de adicciones, de un hospital de tercer nivel de atención (Instituto Nacional de Psiquiatría), mientras que en estudios en el extranjero la muestra se obtuvo de población en general o de sitios de apuestas.

Durante la captación de paciente, únicamente se capturaron 4 pacientes del Centro de Atención a Alcohólicos y Familiares.

Los resultados son aplicables a la población de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, sin embargo, no son resultados que pueden ser extrapolados a los pacientes hospitalizados en esta institución, ni tampoco a otras poblaciones psiquiátricas.

Fortalezas

Con el estudio tenemos una panorámica general del perfil sociodemográfico de los pacientes con probable Juego Patológico, que asisten a consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Se trata del primer estudio de tamizaje de consumo de etanol ampliado a toda la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Esta investigación da pauta para que más adelante, se realicen estudios sobre Juego Patológico en determinadas poblaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría, así como, establecer como la ludopatía influye en la aparición y evolución de otros trastornos psiquiátricos.

CONCLUSIONES

- Los individuos del grupo de pacientes con alcoholismo en su mayoría fueron del sexo masculino.
- Los jugadores patológicos y alcohólicos tienen una satisfacción de su calidad de vida mayor en comparación con los pacientes alcohólicos sin juego patológico.
- La cantidad de dinero apostado entre los jugadores patológicos es menor y no fue significativo, en comparación a lo reportado en estudios fuera de México.
- Dentro de la población de pacientes alcohólicos la frecuencia fue mayor para el género masculino en comparación con el femenino, al igual que con el probable diagnóstico de Juego Patológico, similar a lo reportado en estudios en el extranjero.
- El Porcentaje de mediación del juego patológico como tercera variable, entre trastorno por consumo de etanol activo y satisfacción de la calidad de vida, fue de 13%, lo cual se consideraría como una mediación parcial.
- Este estudio plantea como interrogante que individuos alcohólicos con comorbilidad con Juego Patológico tienen una percepción de calidad de vida menor en comparación con aquellos que únicamente tienen el diagnóstico de trastorno por consumo de etanol, así como también en comparación con la población general, teniendo al Juego Patológico como mediador entre el alcoholismo y la calidad de vida. Los resultados reflejan que la ludopatía es un mediador parcial entre el grupo de alcohólicos contra el grupo control.
- Se necesitan estudios posteriores para identificar con certeza como el Juego Patológico interviene y modifica en el curso clínico de los trastornos psiquiátricos, sobre todo los relacionados al consumo de sustancias.
- Se pueden hacer estudios posteriores en el que se amplíe la muestra clínica en cada grupo de estudio, y también estudios en los que se incluyan individuos fuera de las clínicas del Instituto Nacional de Psiquiatría, como por ejemplo dentro de un casino o sitios de apuestas comunes en México, como ferias o palenques..

REFERENCIAS

1. Allcock. (1986). *Pathological gambling*. Aust NZ J psychiatry, 20, 259-265.
2. AFMC Primer on Population Health. The Association of Faculties of Medicine of Canada, Phprimer.afmc.ca. (2016). Available at: <http://phprimer.afmc.ca/> [Accessed 31 Jan. 2018]. An AFMC Public Health Educators' Network resource
3. American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. In Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales. pp.585-589. Arlington,VA: Panamericana.
4. Babor T., (2001), *AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol*, Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, p.1-40
5. Bárbara G. Tabachnick & Linda S. Fidell. (2013). *Multivariate Statistics. Using Multivariate Statistics* (44). California State University : Pearson Education
6. Ato, Manuel, Vallejo, Guillermo, *Los efectos de terceras variables en la investigación psicológica*. *Anales de Psicología [en línea]* 2011, 27
7. Black, DW, Shaw, MC, McCormick, BA, y Allen, J. (2012). *Estado civil, maltrato infantil y disfunción familiar: un estudio controlado del juego patológico*. The Journal of Clinical Psychiatry, 73 (10), 1293-1297. <http://doi.org/10.4088/JCP.12m07800>
8. Black, D. W., Shaw, M., McCormick, B., & Allen, J. (2013). *Pathological Gambling: Relationship to Obesity, Self-Reported Chronic Medical Conditions, Poor Lifestyle Choices, and Impaired Quality of Life*. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 97–104.
9. Black DW, Coryell WH, Crowe RR, McCormick B, Shaw MC, Allen J (2014). *A Direct, Controlled, Blind Family Study of DSM-IV Pathological Gambling*. The Journal of clinical psychiatry, 75(3), 215-221.
10. Lesieur HR & Blume SB. (1987). *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers*. Am J Psychiatry, 144(9), 1184-8.
11. Castrén S, Basnet S, Pankakoski M, et al. (2013). *An analysis of problem gambling among the Finnish working-age population: a population survey*. BMC Public Health, 13, 519.
12. Coulombe A, Ladouceur R, Desharnais R, Jobin J. (1992). *Erroneous perceptions and arousal among regular and occasional video poker players*. J. Gambling. Stud, 8, 235–244
13. Dannon PN, Lowengrub K, Aizer A & Kotler M. (2006). *Pathological gambling: comorbid psychiatric diagnoses in patients and their families*. Isr j Psychiatry Relat SCI, 43, 88-92.
14. Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, Merkouris SS, et al. (2015). *Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis*. Aust NZ J psychiatry, 49(6), 519-539.
15. Echeburúa E, Báez C, Fernández-Montalvo J y Paez D. (1994). *Cuestionario de patológico. Análisis y Modificación de la conducta*, 74, 769-791.
16. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. (1993). *Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure*. Psychopharmacology Bulletin, 29, 321-326.
17. Feigelman W, Wallisch LS, Lesieur HR. (1998). *Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: an epidemiological study*. Am J Public Health, 88, 467.
18. Fernández A. & Luengo A. (2004). *Tratamiento Cognitivo-Conductual del Juego Patológico*. Salud y drogas, 4, 74-96
19. Fuentes D, Tavares H, Artes R & Gorenstein C. (2006). *Self-reported and neuropsychological measures of impulsivity in pathological gambling*. J Int Neuropsychol Soc, 12(6), 907-12
20. Grant J, Levine L., Kim D & Potenza MN. (2005) *Impulse Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatients*. Am J Psychiatry, 162: 2184-2188.
21. Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2017). *Gambling Disorder, DSM-5 Criteria and Symptom Severity*. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 1–5.
22. Grant JE & Chamberlain SR (2015). *Gambling Disorder and Its Relationship with Substance Use Disorders: Implications for Nosological Revisions and Treatment*. Am J Addictions, 20, 1-6.
23. Ibañez. (2014). *impulsividad, diferencias de género y patología dual en el juego patológico*. Revista de patología dual, 1, 1-8.
24. Navas JF & Perales JC. (2014). *Comprensión y tratamiento del juego patológico: aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje*. Clínica y Salud, 25(3), 157-166.
25. Brand M, Kalbe E, Labudda K, Fujiwara E, et al. (2005). *Decision-making impairments in patients with pathological gambling*. Psychiatry Res, 133(1), 91-9.
26. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al. (2008). *The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication*. Psychological medicine, 38(9), 1351-1360
27. Luczak SE & Wall TL. (2016). *Gambling Problems and Comorbidity with Alcohol Use Disorders in Chinese-, Korean-, and White-American College Students*. The American journal on addictions, 25(3), 195-202.

28. Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ & Clark L. (2009). Problem gamblers share deficits in impulsive decision-making with alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 104(6), 1006-1015.
29. Ledgerwood DM, Alessi S, Phoenix N, & Petry N. (2009). Behavioral assessment of impulsivity in pathological gamblers with and without substance use disorder histories versus healthy controls. *Drug Alcohol Depend*, 105, 89–96.
30. Lesieur, H.R. (1993). Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores patológicos en Estados Unidos. *Psicología Conductual*, 1, 389-407
31. Liu T, Maciejewski PK, Potenza MN. (2009). The relationship between recreational gambling and substance abuse/dependence: Data from a nationally representative sample. *Drug and alcohol dependence*, 100(1-2), 164-168.
32. Llangostera, E. (2011). El ocio en la antigüedad. *Juegos del Mundo, The space time in atiquity. games of the world. . Espacio, tiempo y forma Serie II. Historia Antigua*, 24, 305-329.
33. López, V.C. & Miller, W.R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 17 (7), 689-702.
34. Lorains FK, Cowlishaw S & Thomas SA. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-8.
35. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R & Endicott J (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 162(6), 1171-8.
36. Mann, K. T. Lemenager, E. Zois, S. Hoffmann, et al. (2017). Comorbidity, family history and personality traits in pathological gamblers compared with healthy controls. *European Psychiatry*, 42, 120 – 128
37. Marshall DC & Baker RG. (2002). The evolving market structures of gambling: case studies modelling the socioeconomic assignment of gaming machines in Melbourne and Sydney, Australia. *J Gambl Stud*, 18(3):273-91.
38. MacKinnon, D. P., & Luecken, L. J. (2008). How and for whom? Mediation and moderation in health psychology. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(2S), S99–S100. doi:10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S99
39. Mendieta D. (2003). La validez de la evaluación de la calidad de vida en depresión. Tesis para obtener grado de maestría. UNAM.
40. Meyer G, Hauffa BP, Schedlowski M, Pawlak C, et al. (2000). Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biol Psychiatry*, 48(9):948-53.
41. Nordin C & Eklundh T. (1999). Altered CSF 5-HIAA Disposition in Pathologic Male Gamblers. *CNS Spectr*, 4(12):25-33.
42. National Gambling Impact Study Commission. *Gambling Impact and Behavior Study, 1997-1999: [United States]. ICPSR02778-v2. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2007-08-28.*
43. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 66(5):564-74.
44. Potenza, M. N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3181–3189.
45. Stinchfield R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav*, 27(1), 1-19.
46. Rash CJ, Weinstock J, Van Patten R (2016). A review of gambling disorder and substance use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 3-13.
47. Rennert, L., Denis, C., Peer, K., Lynch, KG, Gelernter, J., y Kranzler, HR (2014). DSM-5 Disorder: prevalencia y características en una muestra del desorden del uso de la sustancia. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22 (1), 50-56.
48. Robles-Martínez M, García-Carretero MÁ, Gibert J, Palma-Álvarez RF, Abad AC, Sorribes M, Roncero C.. (2017). Differences between craving and health-related quality of life in patients with alcohol dependence with or without dual pathology in outpatient treatment: A descriptive study.. *Med Clin (Barc)*, 150, 49-55.
49. Rodríguez R, Enrea M & Volberg R. (2007). Comorbid pathological gambling, mental health, and substance use disorders: Health-care services provision by clinician speciality. *Journal of Behavioral Addictions*, 6, 1-10.
50. SeGob. (2017). Historia del Juego en Mexico. From www.juegosysorteos.gob.mx/en/juegos_y_sorteos/historia
51. Slutske W. (2005). Personality and Problem Gambling. A Prospective Study of a Birth Cohort of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 765-779.
52. Slutske W. (2013). Shared genetic vulnerability for disordered gambling and alcohol use disorder in men and women: evidence from a national community-based Australian Twin Study. *Twin Res Hum Genet*, 16, 525-534.
53. Stavro K, Pelletier J & Potvin S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addict Biol*, 18, 203-213.
54. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, 1995, 41: 1403-1409.

55. Tang, CS, Wu AMS, Tang JYC & Yan, E. C. W. (2010). *Reliability, Validity, and Cut Scores of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) for Chinese*. Journal of Gambling Studies, 26(1), 145–158.
56. Chou, K.-L., & Afifi, T. O. (2011). *Disordered (Pathologic or Problem) Gambling and Axis I Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. American Journal of Epidemiology, 173(11), 1289–1297.
57. Unkim K, Davis M & Leew J. (2000). *Pathological Gambling*. American Family Physician, 3, 741-748.
58. Vélez R. (2017). *Adaptación del cuestionario de juego patológico South Oaks Gambling Screen (SOGS), en su versión al español en población Mexicana. Tesis para obtener el posgrado en la especialización en psiquiatría*.
59. Volkow N & Koob G. (2016). *Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis*. Lancet psychiatry, 760-773.
60. Feingelman W, Wallisch L & Lesieur H. (1998). *Problem gamblers, problem substance users, and dual-problem individuals: an epidemiological study*. Am J Public Health, 88, 467.
61. Wardle H. (2014). *Risky places?: mapping gambling machine density and socio-economic deprivation*. J Gamb Stud, 30, 201-212.
62. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC et al. (2001). *Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: Prevalence, demographic patterns and comorbidity*. J Stud Alcohol and Drugs, 62, 706-712.
63. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC et al. (2004). *The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology*. J Gamb Stud, 405-423.
64. Wickwire EM Jr, Whelan JP, West R, Meyers A, et al. *Perceived availability, risks and benefits of gambling among college students*. J Gamb Stud, 18, pp. 395-408.
65. World Health Organization (1977). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: ICD-9*. Geneva

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO:

Juego patológico como tercera variable (moderadora o mediadora) entre trastorno por consumo de alcohol y calidad de vida

***Dirección de Enseñanza /Dirección de Servicios Clínicos.
Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz***

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Programa Por Efectuar:

El objetivo es estudiar la frecuencia de personas con conductas de juego riesgosas (juegos de azar), con la finalidad de determinar su coexistencia con trastorno por consumo de alcohol. Asimismo, se busca estudiar la percepción que tiene a cerca de su calidad de vida.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre su condición clínica actual.

Plan del estudio:

Posterior a recibir su consulta subsecuente en el servicio de consulta externa en esta institución. Se le propondrá participar en este estudio, si usted acepta firmará esta carta de consentimiento informado y enseguida será entrevistado por el investigador principal para la aplicación de pruebas clinimétricas para identificar si existe la presencia de juego patológico, identificar si existe un trastorno por consumo de alcohol y un último cuestionario que evalúa la percepción acerca de la satisfacción que tiene de su calidad de vida. Estas pruebas consisten en 3 cuestionarios los cuales tardara aproximadamente 40 minutos en contestar. La realización de estas pruebas no tiene riesgo alguno para usted y no implican costo adicional.

Una vez aceptada su participación en el estudio mediante la firma de la carta de consentimiento informado se procederá a la entrevista y a la aplicación de las pruebas clinimétricas.

En caso de que durante la aplicación de estas pruebas usted experimentará ansiedad, se encontrara presente un médico capacitado, que brindara de forma inmediata la ayuda necesaria para la disminución de su sintomatología.

Justificación del estudio:

Actualmente, el juego patológico se ha convertido en un problema de relevancia social, siendo actualmente identificado como un problema de salud pública, lo que ha llevado a realizar estudios que favorezcan su detección, y que además favorezcan conocer las características epidemiológicas presentes en esta población. Se ha documentado que las personas con trastorno por consumo de alcohol tienen una mayor probabilidad de presentar una coexistencia con trastorno por juego patológico, lo que puede llevar a un mayor deterioro en su calidad de vida, como por ejemplo endeudamiento, desempleo, fracaso en las relaciones de pareja y aumento en el riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos como por ejemplo depresión y ansiedad. Estas consecuencias negativas, empobrecen el pronóstico de los individuos con trastorno por consumo de alcohol que además tiene juego patológico en comparación con aquellos que únicamente tienen trastorno por consumo de alcohol sin conductas de juego.

Consignas Por Seguir

1. Se le pedirá su consentimiento para realizar las pruebas clinimétricas.
2. No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
3. Su participación es voluntaria
4. Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee.
5. Si usted lo desea, se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la enfermedad.
- 2.- Usted podrá aclarar sus dudas con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes contribuyendo al generar conocimiento sobre la naturaleza y evolución de esta entidad clínica.
- 4.- Se le proporcionará la información de los resultados obtenidos en el estudio, de usted desearlo.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Colaboración:

Se aplicará en una ocasión el cuestionario para juego patológico South Oaks Gambling Screen (SOGS). Asimismo también se aplicará en una ocasión el Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer de Endicott y el Test para la Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test por sus siglas en inglés).

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Héctor Gámez Barrera, a través del siguiente correo electrónico: drhgamez@gmail.com, o en la extensión 5419.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga algún tipo de consecuencia. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Además, recibí una copia de este consentimiento.

Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

Nombre y Firma del Participante

Fecha

Nombre y firma de Testigo

Fecha

Nombre y firma de quien solicitó el consentimiento _____

INSTRUMENTOS

Encuesta General

Fecha: _____

Folio: _____ (redactado por el investigador)

Edad: _____ (años)

Género: (marque con una "X") Masculino _____ Femenino _____

Estado civil: (marque con una "X")

Casado		Unión libre		Soltero	
Divorciado		Viudo		Separado	

Escolaridad: (marque con una "X")

Primaria		Secundaria		Bachillerato	
Licenciatura		Posgrado			

Ocupación (marque con una "X")

Trabajo remunerado	
Trabajo no remunerado	
Hogar	
Estudiante	
No trabajo, con remuneración (pensionados, jubilados)	
No trabajo, no remuneración	

Cuestionario de juego de South OAKS S.O.G.S, versión en español

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, quinielas o juegos de dados.			
e. Apostar en casinos			
f. Jugar al bingo.			
g. Pensar en las bolsas de valores.			
h. Jugar en las maquinas de 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 \$999.0 pesos | ___ Más de \$1000, 000.00 pesos |

3. Señale quien de 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) | ___ Algunos 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 ___ Siempre que pierdo dinero.
 de las veces que pierdo.

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, hijo su 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 que si en la pregunta anterior) ¿Alguna vez se han centrado las discusiones en el dinero (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 ha perdido tiempo de trabajo (escuela) debido al juego?
 ___ Sí ___ 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)**

	Sí	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 rédito del casino		

Cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer de Endicott (español)

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a evaluar cómo estuvo usted durante la semana pasada.

¿Con respecto a su salud física, durante la semana cuanto tiempo usted...	Nunca vez	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente
...estuvo completamente libre de dolor o malestar?	1	2	3	4	5
...estuvo descansado?	1	2	3	4	5
...estuvo con energía?	1	2	3	4	5
...estuvo con excelente salud física?	1	2	3	4	5
...estuvo al menos con una muy buena salud física?	1	2	3	4	5
...estuvo libre de preocupaciones acerca de su salud física?	1	2	3	4	5
...durmió bien?	1	2	3	4	5
...se sintió capaz de estar físicamente activo como lo requerían sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
...se sintió que coordinaba bien?	1	2	3	4	5
...se sintió que su memoria funcionaba bien?	1	2	3	4	5
...se sintió físicamente bien?	1	2	3	4	5
...se sintió completamente lleno de energía y vitalidad?	1	2	3	4	5
...se sintió libre de problemas visuales?	1	2	3	4	5

¿Durante la semana pasada cuantas veces usted...	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Frecuentemente</i>
...se sintió con la cabeza despejada?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
...se sintió bien acerca de su apariencia?	1	2	3	4	5
...se sintió feliz y gozoso?	1	2	3	4	5
...se sintió independiente?	1	2	3	4	5
...se sintió contento?	1	2	3	4	5
...pudo comunicarse con otros?	1	2	3	4	5
...pudo cuidar de su apariencia y limpieza personal (cabello, ropa y baño)?	1	2	3	4	5
...pudo tomar decisiones?	1	2	3	4	5
...se sintió relajado?	1	2	3	4	5
...se sintió bien acerca de su vida?	1	2	3	4	5
...pudo viajar para realizar las actividades que realizaba (caminar, tomar Autobús, tren o cualquier otro transporte)?	1	2	3	4	5
...pudo resolver los problemas de su vida diaria?	1	2	3	4	5
...pudo cuidar de usted mismo?	1	2	3	4	5

¿Usted tiene trabajo? _____ ¿Usted trabaja para si mismo? _____

¿Trabaja como voluntario? _____

1.- Si contesto a las 3 preguntas "NO", anote el motivo, no conteste esta hoja y pase a la hoja 4.

- a) Por enfermedad física _____
- b) Por problemas emocionales _____
- c) Jubilado _____
- d) Otro _____

2.- Si contesto si a alguna de las 3 preguntas conteste esta hoja.

¿Durante la semana pasada cuantas veces usted...	Nunca	Rara Vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente
...disfrutó su trabajo?	1	2	3	4	5
...resolvió los problemas de su trabajo sin excesivo estrés?	1	2	3	4	5
...pensó claramente acerca de su trabajo?	1	2	3	4	5
...tomó decisiones cuando lo necesitaba?	1	2	3	4	5
...logro cuanto usted necesitaba?	1	2	3	4	5
...se sintió complacido con sus logros en el trabajo?	1	2	3	4	5
...trabajó bien?	1	2	3	4	5
...se sintió interesado en su trabajo?	1	2	3	4	5
...se concentró en su trabajo?	1	2	3	4	5
...trabajó cuidadosamente?	1	2	3	4	5
...conservó sus expectativas altas con respecto a su trabajo?	1	2	3	4	5
...cuidó de su trabajo usted mismo cuando lo necesitaba?	1	2	3	4	5
...se comunicó e interactuó con facilidad con otros mientras trabajaba?	1	2	3	4	5

¿Es usted responsable de alguna actividad hogareña (como lavar, hacer compras, lavar platos, preparar comida) para sí mismo u otras personas? _____

1.- Si contesto "NO", anote la razón, no conteste esta hoja y pase a la hoja 5.

- a) Por Enfermedad _____
- b) Por problemas emocionales _____
- c) Porque no le toca _____
- d) Otros _____

2.- Si contesto "SI" conteste esta hoja.

¿Durante la semana pasada cuantas veces usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuénteme
...conservó su cuarto/apartamento/casa tan limpia que se sintió satisfecho?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de como realizaba sus pagos?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de como compraba sus alimentos?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de cómo preparaba y obtenía sus alimentos?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de cómo limpiaba y lavaba?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho y apreciado por sus labores hogareñas?	1	2	3	4	5
...se concentró y pensó claramente acerca de sus actividades hogareñas como necesitaba?	1	2	3	4	5
...resolvió problemas hogareños sin excesivo estrés?	1	2	3	4	5
...tomó decisiones con respecto a sus actividades hogareñas cuando necesitaba?	1	2	3	4	5
...hizo reparaciones o cuidó usted mismo del mantenimiento de su hogar como lo necesitaba?	1	2	3	4	5

¿Usted tomó algún curso, asiste a clases o imparte alguna clase en una escuela o colegio durante la semana pasada? _____

1.- Si contesto "NO", anote el motivo, no conteste esta hoja y pase a la hoja 6.

- a) Por enfermedad _____
- b) Por situación emocional _____
- c) Porque ya no estudia _____
- d) Otro _____

2.- Si contesto "SI" conteste esta hoja.

Durante la semana pasada cuanto tiempo usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente
...disfrutó de su trabajo en clase/curso?	1	2	3	4	5
...trató de ir hacia delante en su trabajo/clase/curso?	1	2	3	4	5
...realizó su trabajo/en clase/curso sin excesivo interés?	1	2	3	4	5
...pensó claramente en su trabajo/en clase/curso?	1	2	3	4	5
...tomó decisiones acerca de su trabajo/clase/curso cuando lo necesito?	1	2	3	4	5
...se sintió complacido con su trabajo/en clase/curso?	1	2	3	4	5
...se sintió interesado en su trabajo/en clase/curso?	1	2	3	4	5
...se concentró en su trabajo/en clase/curso?	1	2	3	4	5
...se sintió bien mientras hace su trabajo/en clase/curso?	1	2	3	4	5
...se comunicó e interactuó con facilidad con otras personas en su clase/curso	1	2	3	4	5

El siguiente cuestionario hace referencia a sus actividades durante su tiempo libre como ver televisión, leer el periódico o revistas, regar plantas, visitar museos, ver películas o eventos deportivos.

	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Muchas Veces	Frecuentemente
¿Cuándo usted tuvo tiempo, cuantas veces usted uso el tiempo para actividades recreativas?	1	2	3	4	5
¿Cuánto disfruto de sus actividades recreativas?	1	2	3	4	5
¿Cuánto planeo sus actividades recreativas antes de emprenderlas?	1	2	3	4	5
¿Cuánto se concentró y puso atención en sus actividades recreativas?	1	2	3	4	5
¿Si surgía un problema en sus actividades recreativas, usted lo resolvió sin excesivo estrés?	1	2	3	4	5
¿Cuánto mantuvo su interés en sus actividades recreativas?	1	2	3	4	5

¿Durante la semana pasada cuantas veces usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente
...disfrutó de estar o hablar con sus amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...consideró reunirse con amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...hizo planes a futuro junto con sus amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...disfrutó hablando con sus compañeros de trabajo y vecinos?	1	2	3	4	5
...fue paciente con otros cuando éstos se irritaban?	1	2	3	4	5
...se sintió interesado en los problemas de otros?	1	2	3	4	5
...sintió afecto hacia una o mas personas?	1	2	3	4	5
...se sintió bien con otras personas?	1	2	3	4	5
...bromeaba o se reía con otras personas?	1	2	3	4	5
...sintió que necesitaba de sus amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...sintió que la relación con sus amigos o familiares transcurría sin mayores problemas?	1	2	3	4	5

¿Tomando en consideración todo durante la semana pasada que tan satisfecho se sintió usted de su..	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente
...salud física?	1	2	3	4	5
...animo?	1	2	3	4	5
...trabajo?	1	2	3	4	5
...actividades del hogar?	1	2	3	4	5
...relaciones sociales?	1	2	3	4	5
...relaciones familiares?	1	2	3	4	5
...actividades recreativas?	1	2	3	4	5
...habilidad en las funciones de la vida diaria?	1	2	3	4	5
...interés y/o ejecución sexual?	1	2	3	4	5
...nivel económico?	1	2	3	4	5
...situación de alojamiento o vivienda?	1	2	3	4	5
...habilidad a mantenerse físicamente sin sensación de mareo, inestabilidad o caída?	1	2	3	4	5
...su visión para realizar su trabajo o actividades recreativas?	1	2	3	4	5
...sobre su sensación de bienestar?	1	2	3	4	5
...sobre su medicación?	1	2	3	4	5
...vida durante la semana pasada?	1	2	3	4	5

Escala AUDIT

Sus respuestas serán confidenciales, por favor sea honesto al responder estas preguntas. **Marque una X** en la opción que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

1. **¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?**
 - Nunca
 - Cada mes o menos
 - 2 a 4 veces al mes
 - 2 o más veces a la semana
 - 4 o más veces a la semana

2. **¿Cuántas copas tomas en un día?**
 - 1 a2
 - 3 a4
 - 5 a6
 - 7 a9
 - 10 o más

3. **¿Con qué frecuencia toma seis o más copas en una sola ocasión?**
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez almes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casidiario

4. **¿Cuántas veces en el último año notó que una vez que comenzó a tomar ya no podía parar?**
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez almes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casi diario

5. **¿Cuántas veces en el último año el tomar bebidas alcohólicas interfirió con sus actividades normales?**
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez almes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casidiario

6. **¿Cuántas veces en el último año tuvo que tomar un primer trago por la mañana para poder funcionar después de haber tomado el día anterior?**
 - Nunca.
 - Menos de una vez al mes
 - Una vez almes
 - Una vez a la semana
 - Diario o casidiario

7. **¿Cuántas veces en el último año tuvo remordimiento o sentimientos de culpa después de tomar bebidas alcohólicas?**
- *Nunca*
 - *Menos de una vez al mes*
 - *Una vez al mes*
 - *Una vez a la semana*
 - *Diario o casidiario*
8. **¿Cuántas veces en el último año no ha podido recordarlo que pasó la noche anterior debido a que tomó bebidas alcohólicas?**
- *Nunca*
 - *Menos de una vez al mes*
 - *Una vez al mes*
 - *Una vez a la semana*
 - *Diario o casidiario*
9. **Debido a que tomó bebidas alcohólicas ¿ustedo a alguien ha resultado lastimado?**
- *No*
 - *Sí, pero no en el último año*
 - *Sí, durante el último año*
10. **¿Existe algún amigo, pariente o médico que conozca su consumo de bebidas alcohólicas o que le haya sugerido suspenderlo?**
- *No*
 - *Sí, pero no en el último año*
 - *Sí, durante el último año*

Tríptico

Este folleto tiene la finalidad, de orientarlo acerca de la relación entre el consumo de alcohol y el juego patológico. Si usted gusta puede recibir mayor información sobre este padecimiento, con la persona que le proporcione este folleto o con su médico tratante.

Contacto: hgamez@imp.edu.mx

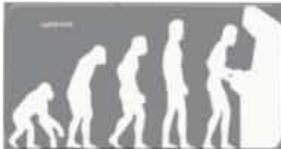
Instituto Nacional de Psiquiatría. Cez México-Xochimilco 101, Hujulco, 14370 Ciudad de México, CDMX. 01 56 4160 5000

<http://www.inprf.gob.mx/>

Juego patológico y calidad de vida.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



¿Qué es la calidad de vida?

La OMS define la calidad de vida, en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en su entorno cultural y en el sistema de valores en el que vive, así como en relación a sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones

¿Qué significa el juego patológico (Ludopatía)?

Se define como un patrón recurrente de juego (apuestas), que interrumpe las actividades y las funciones, llevando a un deterioro del individuo, como por ejemplo, perder su trabajo, contraer grandes deudas, se pueden tornar inquietos o irritables si dejan de apostar. El juego se vuelve central en la vida del sujeto.

Basado en múltiples estudios, actualmente se considera a la ludopatía, como otra adicción, similar al alcoholismo y al tabaquismo.

APA 2013.

Las consecuencias por el consumo de alcohol y la ludopatía, son similares, viéndose afectada:

- La familia del individuo
- Sus intereses personales
- Su estado económico
- Su estado laboral
- Pérdida del interés por otras actividades que no sean, tomar alcohol o el juego.

Esto nos lleva a pensar que probablemente, cuando se combinan, empeoran la calidad de vida de un individuo y también de aquellos que lo rodean.

¿Qué hacer en caso de padecer un trastorno adictivo?

Existen profesionales de la salud, encargados de tratar las adicciones, como por ejemplo médicos psiquiatras.

¿Qué me orienta a saber si probablemente tengo un trastorno por juego patológico?

- Tengo una afición por los juegos de apuestas o donde se ponga en riesgo dinero.
- No tengo límite en cuanto a la cantidad que quiero apostar.
- Puedo apostar dinero que estaba destinado para otro fin (pago de servicios, colegiaturas o compra de alimentos)
- Tengo familiares con antecedente de problemas de apuestas.
- A pesar de perder el dinero continuo apostando.
- Siento que no puedo dejar de apostar.

Si a uno o más puntos de los anteriores, contestó de forma afirmativa, puede acercarse a un profesional de la salud para consultar, sobre si tiene o no un problema con el juego.