

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
PSIQUIATRA

DETECCIÓN DE JUEGO PATOLÓGICO EN PACIENTES DEL
INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

MARIO ABAD MARTINEZ CERVANTES

Mexicali, Marzo de 2014

Tesis de Posgrado:

DETECCIÓN DE JUEGO PATOLÓGICO EN PACIENTES DEL
INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

*Tesis para optar al grado de Psiquiatra por la
Universidad Autónoma de Baja California
Facultad Medicina Mexicali por:*

Dr. Mario Abad Martínez Cervantes

ASESOR RESPONSABLE:

Dra. Wendy Marleth Córdova Morales

ASESOR METODOLOGICO:

M.C. Aura Arce Rivas

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

*Universidad Autónoma de Baja California. Facultad de Medicina Mexicali
Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California*

Mexicali, Marzo de 2014.

CARTA DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

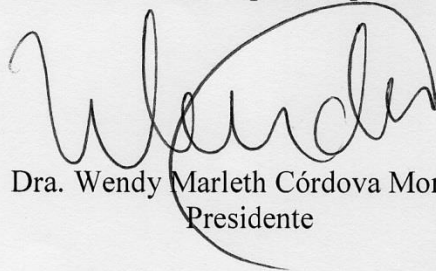
Mexicali, B.C. a 26 de Marzo de 2014

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito
Denominado: "Detección de Juego Patológico en pacientes del Instituto de Psiquiatría del
Estado de Baja California"

Que para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría, presenta:

C. Mario Abad Martínez Cervantes

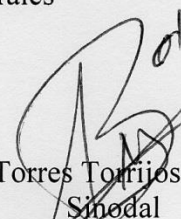
Realizada la evaluación resolvimos: **Aprobar por unanimidad**



Dra. Wendy Marleth Córdova Morales
Presidente



Dr. Juan Carlos Gurrola Flores
Sinodal



Dr. Ricardo Torres Torres
Sinodal



Dr. Marco Antonio Bolado
Sinodal



Dra. Valentina Arriaga Martínez
Secretario

AGRADECIMIENTOS

A mi amada esposa por su incansable apoyo en cada una de las tareas de mi formación incluyendo el presente trabajo y en cada momento de nuestra vida juntos.

A mis padres que me dieron la vida y que me apoyaron en cada momento.

A mis maestros por todas sus enseñanzas y por compartir conmigo su saber no solo en el campo de la psiquiatría sino también de vida.

A mis pacientes, porque ellos han sido el libro más importante en mi instrucción como psiquiatra.

A mis compañeros que contribuyeron a mi formación aprendiendo a hacer equipo y a quienes fueron de valiosa ayuda para este trabajo.

A mis queridos amigos, los que encontré en este viaje que con sus palabras alentaron mi trabajo y mi desempeño durante estos cuatro años.

Gracias.

INDICE

1.	Portada	1
2.	Contraportada	3
3.	Hoja de Firmas	5
4.	Agradecimientos	7
5.	Glosario	10
6.	Resumen	11
7.	Antecedentes	12
8.	Marco Teórico	15
9.	Planteamiento del Problema	22
10.	Justificación	23
11.	Objetivos	25
12.	Metodología	26
13.	Aspectos éticos, normativos y de seguridad	31
14.	Resultados	32
15.	Discusión	36
16.	Conclusiones	38
17.	Bibliografía	39
18.	Anexos	44

GLOSARIO

IPEBC: Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

NODS: Escala National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems.

.RESUMEN

Este estudio determinó la prevalencia del juego patológico en la población de pacientes que acude a consulta en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California. La Ludopatía se asocia a gran cantidad de problemas que deterioran la calidad de vida de los individuos afectados y la mayoría de los casos se presentan en comorbilidad con otros trastornos mentales.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, se eligió una muestra no probabilística por casos consecutivos de la población de pacientes psiquiátricos del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California conformada por 381 sujetos adultos de ambos sexos, el instrumento para la recolección de datos fue La Escala National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS). Además de lo anterior se realizó la descripción de los datos epidemiológicos con información de la población estudiada.

Como resultado se encontró que la prevalencia de juego patológico en los pacientes del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California corresponde al 6.8 %. Del mismo modo se investigó la prevalencia de jugadores problemáticos y de jugadores en riesgo que fue del 5.5 % y 8.9% respectivamente.

ANTECEDENTES

El juego patológico se asocia a gran cantidad de problemas que deterioran la calidad de vida de los individuos afectados, con impacto sobre su situación no solo financiera, sino también familiar, social, laboral y legal. Durante los últimos 100 años los cambios en las políticas de los gobiernos del mundo han transformado las apuestas o juegos de azar en una actividad de ocio legalizada y accesible a todos los sectores de la población.

La legislación sobre este tema ha pasado de la prohibición a principios del siglo XX al estímulo absoluto, en nuestros días es posible participar en una oferta cada vez mayor de modalidades de juegos de azar, que han proliferado incluyendo ahora medios electrónicos y de telecomunicaciones, mismos que cuentan con el apoyo de seductoras campañas publicitarias.

Antecedentes históricos

Desde los tiempos más remotos de la antigüedad, el ser humano ha buscado diversas formas de entretenerse, competir y ocupar sus momentos de ocio con juegos. Por eso es posible afirmar que los juegos de azar forman parte de las actividades humanas desde tiempos inmemoriales. Los sumerios y asirios utilizaban un hueso extraído del talón de animales denominado astrágalo o talus, que tallaban para que pudieran caer en cuatro posiciones distintas. Los juegos con dados se originaron en los tiempos del Imperio Romano aunque se desconocen las reglas con las que jugaban.

Gerolamo Cardano (1501-1576) era un médico y erudito de Milán, era además aficionado a participar de los juegos de azar, él utilizó esta experiencia en su tratado *Liber de Ludo Alae* (*El libro de los juegos de azar*), formulando las leyes de la probabilidad. En el capítulo titulado “*La utilidad de jugar y perder*” señalaba: “*el peligro de que se convierta en un hábito... Entonces, un hombre puede dejarse llevar y apostar grandes cantidades... por lo que pierde control de su mente. Como resultado, arroja grandes sumas de dinero y puede decirse que no es que juegue por dinero, más que las abandona, sino que renuncia al dinero*”. Del mismo modo afirmaba que el juego de azar “*debe ser considerado una enfermedad incurable*” y lo atribuyó a “*los demonios de la naturaleza*”.¹

Una de las primeras referencias al estudio de los problemas de los juegos de azar la encontramos hace poco más de 100 años cuando Kraepelin describió la “*manía de los juegos de azar*”, misma que fue recogida luego por Bleuler en su manual de psiquiatría. Desde aquella época este trastorno recibió varias denominaciones tales como juego neurótico, juego compulsivo, juego excesivo, juego adictivo y por último “*juego patológico*” antes de que fuera reconocido como entidad nosológica por primera vez en 1980, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría lo incluyó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su tercera edición (DSM-III), definiendo así por primera vez criterios diagnósticos específicos que contribuyeron a crear las condiciones necesarias para el desarrollo de la investigación sobre este trastorno.²

Más tarde, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) lo consigna dentro de la categoría de los trastornos del control de los impulsos junto con la cleptomanía, la piromanía, la tricotilomanía, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno del control de los impulsos no especificado.³ Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no contemplaba el juego patológico en la novena revisión de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), la incluyó después como una categoría diagnóstica en la décima revisión (CIE-10) publicada en 1992 así como también en la Modificación Clínica de la CIE-9 (CIE-9-MC).

Finalmente se publicó la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) en el año 2013, donde esta entidad se reclasifica en el capítulo de Trastornos adictivos y relacionados con sustancias, establecido como el único trastorno de una nueva categoría conocida como Adicciones Conductuales que puede interpretarse como *“Adicciones sin Sustancia”*, el cambio se vio motivado por las conclusiones de la Asociación Americana de Psiquiatría sobre la evidencia y las discusiones sobre la similitud entre las manifestaciones, la fisiopatología, la comorbilidad y el tratamiento con los Trastornos relacionados con sustancias.⁴

MARCO TEÓRICO

Potenza⁵ conceptualizó el juego de azar como el hecho de poner algo de valor en riesgo con la esperanza de ganar algo de mayor valor. Incluyendo el hecho de que no se requiere de un esfuerzo importante para participar en juegos.

La actividad de los juegos de azar contiene la siguiente estructura en un plano conductual:

1. Un contrato entre dos o más personas que se fundamenta en la predicción del resultado de un acontecimiento incierto en el que interviene el azar.
2. La propiedad de algo que se denomina la “apuesta” se transfiere entre los que toman parte del juego, de tal manera que uno o unos ganan a expensas de los que pierden.
3. La transferencia de la propiedad depende del resultado del acontecimiento incierto sobre el cual se han realizado las predicciones.
4. La participación es voluntaria y no está necesariamente ligada a la ganancia sino que puede realizarse como experiencia.

Así también Cardano (1501-1576) postulaba que *“el principio del juego de azar es la igualdad de condiciones entre las partes”*¹, sin embargo en nuestros días la industria de los juegos de azar esta organizada en una forma comercial resultando entonces que el promotor podría no estar presente en el momento de las apuestas como por ejemplo en el caso de las máquinas tragamonedas,

mediante este recurso el dueño o promotor tiene mayores probabilidades de ganar y los jugadores se encuentran en franca desventaja.

La ludopatía o juego patológico es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un trastorno. En la CIE-10 se le considera un trastorno del hábito y del control de los impulsos que convierte a quien lo padece en una persona incapaz de resistir el impulso de jugar (apostar) y que evoluciona de forma crónica y progresiva hasta convertirse en un problema con consecuencias de alto riesgo.

En países como Estados Unidos, Canadá, España, Argentina y Uruguay entre otros, existe una infraestructura de gobierno dedicada a brindar ayuda médica y psicológica mediante la implementación de programas de salud, que ofrecen a la población general desde orientación telefónica en forma anónima y gratuita las 24 horas del día hasta el internamiento en unidades especializadas en disminuir gradualmente el impulso del juego para lograr su control.

En el DSM-IV-TR se define el juego patológico como una entidad nosológica caracterizada por un comportamiento de juego de azar inadaptado, persistente y recurrente que genera problemas significativos en el funcionamiento personal, social y laboral, mismos que se acompañan de problemas económicos.³

El juego patológico comúnmente aparece en comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, entre los se incluyen el trastorno antisocial de la personalidad, la depresión mayor, el trastorno de angustia con o sin agorafobia y las fobias simples.⁶ Los intentos de suicidio e ideación suicida también se

presentan frecuentemente entre los jugadores patológicos.⁶ Así mismo se ha reportado que existe una mayor prevalencia de la participación en apuestas tanto en las poblaciones con trastorno bipolar como en aquellos con trastorno depresivo mayor, en comparación con las muestras de la población general.⁷

Entre los factores de riesgo para desarrollar ludopatía más frecuentemente reportados se encuentran la indigencia en el último año, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y los trastornos de la personalidad. Además existe una creciente tendencia al aumento de la prevalencia entre las mujeres señalando como factores de riesgo importantes el pertenecer al sexo femenino en conjunto con una condición de ingresos altos y encontrarse en edades entre los 40 y 74 años.⁸ Resulta preocupante que la prevalencia se esté incrementando entre las mujeres y las poblaciones jóvenes.

Tipos de jugadores

Santos Cansado⁹ menciona dentro del Manual de intervención en Juego Patológico una clasificación de los jugadores en varios tipos denominándoles: jugadores sociales, jugadores problema, jugadores patológicos (ludópatas) y jugadores profesionales.

El Jugador Social es aquella persona que juega por placer, dedica una cantidad de dinero establecida previamente y que no sobrepasa sus posibilidades. Suele jugar entre amigos y compañeros dedicándole un tiempo limitado. Inicia y finaliza el juego cuando lo desea, sin crearle malestar el interrumpirlo o no jugar. El juego no ocupa en su mente más tiempo de lo que lo haría cualquier otra

actividad recreativa saludable y no genera problemas económicos, personales, familiares, laborales o sociales, así como tampoco ha tenido que mentir sobre sus actividades relacionadas al juego.

El Jugador Profesional se dedica al juego para ganar dinero. No tiene implicación emocional en las apuestas dado que hace aquellas que son estadísticamente más probables, para lo que ha realizado un estudio probabilístico.

El Jugador Problemático es aquel que en algunas ocasiones padece de problemas económicos porque observa conductas relacionadas con el juego de azar tan frecuentemente que como consecuencia su nivel de gastos se incrementa. Dedicar al juego partidas presupuestarias familiares importantes cuando podría destinarlas a gastos familiares o a inversiones. Tiene menor control sobre sus hábitos de juego que el jugador social, pero no llegan a ser excesivos como en el caso del jugador patológico. La frecuencia de su participación en juegos le exige dedicar más tiempo y gastar más dinero. Los jugadores problema tienen un riesgo mayor de convertirse en Jugadores Patológicos.⁹

Para conceptualizar al Jugador Patológico o Ludópata se tomó la definición de acuerdo a lo establecido en el DSM-IV-TR y la CIE-10, en resumen se caracteriza por una dependencia emocional al juego, una pérdida del control respecto a éste y una interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana.³

Gerstein¹⁰ publicó un estudio realizado en población estadounidense a nivel nacional encontrando que el promedio anual de pérdidas financieras era de aproximadamente \$1,200 dólares para los jugadores patológicos y de \$715

dólares para los jugadores problemáticos. Sobre una base a lo largo de la vida el costo fue de \$10,500 y de \$5,100 dólares respectivamente. Además de lo anterior encontró que las pérdidas no son únicamente monetarias sino que también entre los ludópatas el 14% de los casos perdió al menos un trabajo en su vida, el 19% se declaró en quiebra, el 32% fue detenido por la policía, el 21% fue encarcelado y hasta el 54% se divorció.¹⁰ Lo anterior se relaciona con las afectaciones que vulneran la vida del individuo con ludopatía y que están establecidas en los criterios del DSM-IV-TR.

La investigación en el campo de la neurobiología del trastorno ha sido motivo de debate en los últimos años llevando a los expertos a reconsiderar su clasificación y tratamiento debido a sus similitudes con las adicciones, dado que el juego patológico comparte en forma importante las características principales de la adicción como son la persistencia de la conducta a pesar del conocimiento de sus efectos negativos sobre el individuo, la participación compulsiva de la conducta en forma creciente, el aumento de los deseos de participación “craving” y la sensación de pérdida de control, así como también la presencia de los fenómenos de abstinencia y tolerancia característicos de las drogodependencias.¹¹

Las investigaciones señalan diversos neurotransmisores involucrados aunque su papel sigue sin clarificarse del todo, entre ellos se encuentran la noradrenalina, la serotonina, la dopamina, el glutamato y los opioides.

Existen reportes de niveles altos de noradrenalina o sus metabolitos en orina, sangre y líquido cefalorraquídeo en varones con Juego Patológico en

comparación con controles sanos.¹² También se encontró asociación de una mayor activación autonómica y la participación en los juegos de azar en el caso de uso de máquinas tragamonedas y juegos de cartas, manifestado por el incremento de la frecuencia cardíaca y los niveles de noradrenalina.^{13,14,15} En el caso de la serotonina, se han demostrado niveles bajos de ácido 5-hidroxiindolacético, un metabolito de la serotonina en sujetos con deterioro del control de los impulsos clínicamente relevantes.¹⁶ Los estudios respecto al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en pacientes con ludopatía son contradictorios encontrando en el caso de la Fluvoxamina una respuesta favorable con mejoría en el control del deseo/impulso de apostar y de su cuadro sintomático.¹⁷ En el caso de Escitalopram luego de haber presentado una respuesta favorable, la suspensión del fármaco dio lugar a la reaparición de la conducta adictiva.¹⁸ Mientras que la Paroxetina no demostró diferencia significativa entre el fármaco y el placebo.¹⁹ Aunque los estudios con Fluvoxamina y Paroxetina excluyeron a sujetos con comorbilidad psiquiátrica.

La dopamina está implicada en la recompensa y en el reforzamiento conductual así como en las adicciones.²⁰ Sin embargo muy pocos estudios han investigado el papel de la dopamina y otros neurotransmisores en la génesis del juego patológico y estos representan una área de oportunidad en el futuro así como el estudio de las vías neurológicas entre las que se cuenta el sistema de recompensa.

En países como Estados Unidos, Canadá, Colombia, Argentina, Uruguay y España han aparecido servicios de salud mental dedicados a la recuperación de

los jugadores patológicos tanto de orden público como privado. En nuestro país estos son prácticamente inexistentes a excepción de los grupos de Jugadores Anónimos que trabajan con el modelo de autoayuda y que están presentes en pocas ciudades. A esto se suma que en la práctica diaria son pocos los pacientes con ludopatía que buscan tratamiento por este padecimiento y no existen en los sectores público ni privado campañas para prevenir, tratar y rehabilitar a estos pacientes.

Se ha incrementado considerablemente la disponibilidad de alternativas para participar en apuestas con la inclusión de loterías virtuales en los medios de comunicación masiva como la radio, televisión e internet así como a través de la telefonía celular. El estado de Baja California como parte de la región fronteriza que está estrechamente vinculado a la actividad económica de los Estados Unidos y con ello recibe una fuerte influencia sociocultural, así, para un sector considerable de la población la experiencia de los juegos de azar en toda su extensión se encuentra al alcance con solo cruzar la frontera. Tomando en cuenta que existe una infraestructura de acceso al juego a nivel local en crecimiento ésta se presenta como una alternativa accesible después de experimentar las emociones del juego en el país vecino.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el momento actual no encontramos evidencia de estudios realizados en nuestro país sobre la presencia de juego patológico y de existir estos, no han sido publicados por lo que no se cuenta con datos epidemiológicos de la población mexicana, menos aún en la población mexicalense. Considerando el incremento en la disponibilidad de servicios de apuestas en esta ciudad y dado que la mayoría de los estudios de prevalencia están hechos en la población general mientras que los reportes de pacientes psiquiátricos muestran una prevalencia elevada en pacientes psiquiátricos el presente estudio pretendió reunir información en la población de pacientes que acude a los servicios de salud mental en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, y conocer la gravedad del problema en nuestra población, por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es prevalencia de juego patológico en la población de pacientes que acude al Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California?

JUSTIFICACIÓN

En los países que más gastan en juegos de azar el juego patológico representa en la actualidad un grave problema de salud pública que afecta a un número creciente de personas y es probable que su incidencia tienda a incrementarse en el futuro. Es posible que en nuestro país la tendencia sea la misma y constituye un problema al que se le da poca atención.

En México de acuerdo a la Secretaría de Gobernación hasta el año 2012 operaban en el giro de juegos y sorteos 349 establecimientos con los permisos correspondientes, mismos que ya estaban autorizados para incrementarse hasta un máximo de 681 establecimientos. Hasta el mes de septiembre de 2012 Baja California se posiciono en el primer lugar a nivel nacional registrando el mayor número de establecimientos operantes con un total de 47, seguido del Distrito Federal con 37, Nuevo León con 34 y Jalisco con 30.²¹

La reciente reforma al artículo 4º y 106 de la Ley Estatal de Salud Pública del Estado de Baja California establece que es competencia del Estado la creación de programas contra la ludopatía que comprendan acciones de prevención, detección y tratamiento así como la celebración de acuerdos entre los sectores público y privado para su cumplimiento.²²

En México no existe evidencia publicada de la epidemiología del juego patológico en las principales publicaciones de salud. Su prevalencia en población abierta esta reportada en la literatura de 0.4 a 1.8%.^{23, 24, 25} En España un estudio comparativo entre pacientes psiquiátricos hospitalizados y pacientes internados en

hospitales generales encontró una prevalencia de Juego Patológico de 8% contra el 2% respectivamente.²⁶ Es importante mencionar que la comorbilidad más reportada en diversos estudios es con los trastornos relacionados con el uso de sustancias en primer lugar, seguido de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad.²⁷ Por todo lo anterior, considero necesario evaluar la presencia del problema en la población que acude a los servicios de salud mental del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California y que dicha información epidemiológica pueda ser utilizada como marco de referencia para el desarrollo de una investigación mayor y la creación de una estrategia para atender a la población que sufre este trastorno así como prevenir el desarrollo del mismo en fases tempranas.

OBJETIVOS

El objetivo general:

Determinar la prevalencia de juego patológico en los pacientes que asisten a consulta al IPEBC.

Los objetivos específicos:

1. Solicitar permiso a la autoridad del Hospital.
2. Seleccionar a los participantes del estudio durante su asistencia al Servicio de Urgencias del IPEBC.
3. Firma de la hoja de consentimiento informado por cada paciente que aceptó participar en la investigación.
4. Llenado de ficha de identificación.
5. Aplicar el instrumento (NODS) a los pacientes psiquiátricos.
6. Documentar diagnóstico psiquiátrico que motiva la atención en IPEBC mediante la consulta del expediente electrónico de cada sujeto de investigación.
7. Realizar el análisis estadístico de los datos.

METODOLOGÍA

Diseño:

Estudio Observacional, descriptivo, transversal.

Población y muestra:

Se tomó una muestra no probabilística por casos consecutivos de la población de Pacientes psiquiátricos del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California que acudió a la consulta del Servicio de Urgencias que cumplieron con los criterios de inclusión durante los meses de Mayo a Agosto de 2013

Tipo de muestreo:

Por conveniencia.

Tamaño de la muestra: Se determinó mediante el uso de una fórmula para el cálculo de una proporción utilizando como referencia una prevalencia del 1 % reportada en el DSM-V.⁴ De lo anterior se obtuvo como resultado una N=380 sujetos, de la muestra total fueron eliminados 16 al cumplir con los criterios de eliminación, conformando así una N=381.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2} = \frac{(1.96)^2(0.01)(0.99)}{0.01^2} = \frac{3.84(0.0099)}{0.0001} = \frac{0.038016}{0.0001} = 380$$

Donde

N= Tamaño de muestra

Z α = Índice de confianza 95%

p = Valor de referencia obtenido de los datos bibliográficos.⁴

q = 1 – p

δ = Radio de intervalo disminuido para aumentar la precisión.

Los Criterios de inclusión:

1. Pacientes psiquiátricos con expediente clínico electrónico en el IPEBC.
2. Adultos de ambos sexos mayores de 18 y menores de 80 años
3. Que aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.

Los Criterios de exclusión:

1. Pacientes con edades fueran del rango arriba establecido
2. Que rechazaron firmar la carta de consentimiento informado
3. Pacientes con retraso mental
4. Pacientes cursando por un episodio psicótico en el momento de la evaluación

Los Criterios de eliminación:

1. Pacientes que desistieron de participar en el estudio.
2. Pacientes que aportaron datos incompletos.

Definición de intervención:

Por ser un estudio observacional no se realizó ninguna intervención.

Material y método:

La evaluación se llevó a cabo mediante la autoaplicación de la escala NODS en español a pacientes en el servicio de Urgencias del IPEBC durante o en la espera de su consulta psiquiátrica previa explicación sobre la naturaleza e implicaciones del estudio así como la firma de la hoja de consentimiento informado además del llenado de la ficha de identificación anexa.

El Instrumento para la recolección de datos fue La Escala National Opinion Research Center (NORC) DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS) que fue desarrollada para la encuesta nacional sobre la prevalencia de los juegos de azar en Estados Unidos en 1999, en la que se evaluó a 3281 sujetos, de los cuales 44 eran hispanohablantes y fueron evaluados en español con éxito.¹⁰ Este instrumento también fue utilizado en pacientes hispanoparlantes en España.¹⁰

La NODS evalúa los 10 criterios diagnósticos del DSM-IV del Juego Patológico mediante de 17 ítems dicotómicos, puede ser respondida por el propio sujeto u obtenida por un examinador no experto ó por un entrevistador profesional. En este estudio se utilizó la escala traducida al español. La NODS considera como jugadores patológicos a aquellos con 5 o más puntos correspondientes a los criterios del DSM-IV por lo que algunos de ellos se evalúan con más de un ítem. Así mismo la NODS contempla como jugadores problemáticos a aquellos con 3 a 4 puntos y como jugadores en riesgo a los que obtengan 1 a 2 puntos, y finalmente como de bajo riesgo aquellos con 0 puntos.²⁸

Se realizó una revisión del expediente electrónico de cada uno de los participantes para conocer la comorbilidad y documentarla de acuerdo con los diagnósticos de su historia clínica y/o notas de evolución que motivan su atención en el IPEBC.

Limitaciones del estudio:

Las limitaciones del estudio comprenden solamente las derivadas de la disponibilidad de tiempo de cada sujeto de investigación para ser entrevistado, las de presupuesto limitado así como de personal para un diseño en población abierta.

Plan de análisis:

El tratamiento estadístico utilizado es la Estadística descriptiva, incluyendo tablas de frecuencia y graficas de barra.

La base de datos y el manejo de la información se hicieron a través del empleo de numerales utilizando el programa informático SPSS versión 21.

ASPECTOS ÉTICOS, NORMATIVOS Y DE SEGURIDAD

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud en su Artículo 17, el presente trabajo es un estudio sin riesgo. Se sometió el protocolo de investigación al Comité de Ética e Investigación del IPEBC con fallo aprobatorio. A todos los participantes se les explicó en forma breve y clara el propósito del estudio, garantizando su derecho a desistir de su participación en cualquier momento y la confidencialidad de la información que proporcionaron.

RESULTADOS

Se encuestaron 397 pacientes en el servicio de Urgencias del IPEBC de los cuales 16 fueron eliminados por tener datos incompletos quedando una muestra poblacional de N=381 de los cuales 198 pertenecen al sexo masculino y 183 al femenino. (Tabla 1) La media de edad para toda la muestra fue de 35.95 ± 12.35 años y la media para cada género fue de 34.7 ± 11.9 años para los varones y de 37.2 ± 12.69 años en el caso de las mujeres. (Tabla 2).

En relación con la escolaridad del total de la muestra 23(6%) no concluyeron la primaria, 43(11.3%) tienen la primaria terminada, 33(8.7%) no terminaron la secundaria, 132(34.6%) tienen secundaria terminada, 22(5.8%) no concluyeron el nivel medio superior mientras que 73(19.2%) si lo hicieron, 19 cursaron un nivel técnico (5%), 5(1.3%) cursaron al menos un semestre universitario y 28(7.3%) cuentan con una licenciatura, por último solo 3(0.8%) tuvieron un grado de maestría. (Tabla 3).

Respecto a su estado civil 169(44.4%) solteros, 117(30.7%) casados, 70(18.4%) en unión libre, 14(3.7%) divorciados y 11(2.9%) son viudos. (Tabla 4).

Por su ocupación 99(26%) están dedicados al hogar, 27(7.1%) estudiantes, 78(20.5%) desempleados, 18(4.7%) tienen un empleo formal, 155(40.7%) en un empleo no calificado y solo 4(1%) están en etapa de retiro. (Tabla 5).

En cuanto a los resultados de la aplicación del cuestionario, 81(21.3%) de los participantes encuestados cumplieron al menos un criterio para ludopatía del

DSM-IV mientras que 300 de los mismos (78.7%) se encontraron sin cubrir ningún criterio dando como respuesta negativo a todos los ítems del instrumento.

Categorizando los resultados positivos se encontraron 26 casos (6.8%) de juego patológico, 21 casos (5.5%) de jugadores problema y 34 casos (8.9%) de jugadores en riesgo. (Tabla 6).

De lo anterior resultó que la prevalencia de juego patológico en pacientes del IPEBC corresponde al 6.8 %. La distribución por sexo de los sujetos con juego patológico fue de 20 varones y 6 mujeres (Tabla 7).

De los 26 casos con Juego patológico se revisó la frecuencia del diagnóstico por grupos de edad encontrando el mayor número de casos ($n=6$, 23.07%) entre los 31 y 35 años de edad y en segundo lugar entre los 41 y 45 años ($n=5$, 19.23%). (Figura 1) (Tabla 8)

Siguiendo con el grupo de pacientes identificados con Juego Patológico encontramos que por escolaridad 1 (3.8%) de ellos no había terminado la primaria, 8 (30.8%) contaban con su primaria completa, 14 (53.8%) con educación secundaria y 3 (11.5%) con nivel medio superior terminado, no se encontraron casos en niveles superiores de escolaridad. (Tabla 9) Con respecto a su ocupación 1 (3.8%) de ellos era estudiante, 3 (11.5%) se dedicaban al hogar, 7 (27%) estaban desempleados, 15 (58%) tenían un empleo no calificado, ninguno tenía un empleo formal ni estaba en la etapa de retiro. (Figura 2)

Por otro lado los pacientes que cumplieron con al menos un criterio positivo del DSM-IV se catalogaron dentro de los Problemas de Juego de acuerdo a su

gravedad. La prevalencia de Jugadores problemáticos se estimó en 5.5 % con 21 casos y los Jugadores en riesgo en 8.9% con 34 casos. Entre los jugadores problemáticos encontramos a 15 (71.4%) varones y 6 (28.6%) mujeres y entre los jugadores en riesgo 19 (55.9%) varones y 15 (44.1%) mujeres.

Además de lo anterior, los casos de jugadores problema se presentaron con mayor frecuencia en menores de 21 años con 7 casos (33.3%). (Tabla 8) De igual manera los jugadores en riesgo mostraron una tendencia importante hacia las edades jóvenes antes de los 21 años (n=8, 23.5%) y entre los 26 y 30 años (n=7, 20.6%), sin embargo cabe mencionar que se encontraron casos en todos los grupos de edad excepto en los ancianos. (Tabla 8)

Del total de la muestra se documentaron sus diagnósticos y se encontró que 130 (34.1%) padecían algún trastorno del afecto, 104 (27.3%) Trastornos relacionados con uso de sustancias, 66 (17.3%) Trastornos de ansiedad, 31 (8.1%) Patología dual, 28 (7.3%) otros trastornos psiquiátricos, 17 (4.5%) Trastornos psicóticos y 5 (1.3%) no tenían un diagnóstico psiquiátrico establecido. (Tabla 10)

En los pacientes con juego patológico la comorbilidad con mayor presencia fueron los trastornos relacionados con uso de sustancias en 19 de los casos (73.1%) seguidos de los trastornos del afecto con 3 casos (11.5%) y de los trastornos de ansiedad en 2 casos (7.7%), por último se registró 1 caso (3.8%) de patología dual y de otros trastornos psiquiátricos respectivamente. (Tabla 11)

Entre los pacientes con juego problemático también fueron los trastornos relacionados con el uso de sustancias los más frecuentes con 11 casos (52.4%) seguidos por los trastornos del afecto en 5 casos (23.8%). (Tabla 11)

Por último en los pacientes jugadores en riesgo la comorbilidad más común fueron los trastornos del afecto con 9 casos (26.5%) seguidos por 8 casos (23.5%) de Trastornos relacionados con uso de sustancias y trastornos de ansiedad cada uno y 6 casos (17.6%) de otros trastornos psiquiátricos. (Tabla 11)

DISCUSION

El juego patológico es un problema creciente, con consecuencias financieras, laborales, legales, psicológicas, familiares y de salud pública. De acuerdo a diversos investigadores su prevalencia parece estar incrementando con la proliferación de los juegos de azar legalizados. Los reportes de prevalencia de otros países oscilan entre 0.4 y 1.8% en la población general. Además los pacientes con Juego Patológico presentan frecuentemente comorbilidad con otros trastornos mentales principalmente trastornos por consumo de sustancias, trastornos del afecto y trastornos de ansiedad. Los pacientes con este trastorno rara vez buscan ayuda por este problema como principal motivo de consulta de tal manera que la detección cobra una mayor importancia y este diagnóstico se encontrará con mayor frecuencia en pacientes con otro trastorno psiquiátrico comórbido. Recordando que Baja California es la entidad con mayor número de casinos sin que se disponga de reportes sobre la presencia de ludopatía mediante el diagnóstico psiquiátrico. Este estudio se llevó a cabo en la población que acude a consulta en el IPEBC resultando una prevalencia para el Juego Patológico de 6.8 % que podemos considerar acorde a lo reportado en un estudio previo antes mencionado²³ en el que se compararon pacientes internados en un hospital psiquiátrico con pacientes internados en otros hospitales. Además de todo lo anterior en el presente estudio se encontró una prevalencia de Jugadores problema en 5.5 % y de Jugadores en riesgo en 8.9% de los casos. En esta muestra se reportó un mayor número de casos de juego patológico en edades

mayormente productivas entre los 31 y 50 años; los jugadores problema y los jugadores en riesgo se encontraron predominantemente en edades más jóvenes por debajo de los 21 años. Dado todo lo anterior resulta preocupante el encontrar una cifra más elevada de jugadores en riesgo, más aún en la población más joven puesto que estos conllevan un riesgo mayor de evolucionar hacia la patología en el futuro.

CONCLUSIONES

Hasta el momento actual no se contaba con ningún reporte publicado en nuestro país sobre la presencia de ludopatía en cuanto a su epidemiología, incluso cuando recientemente se ha avanzado en la legislación local para reconocerlo como un padecimiento que amerita atención. El presente estudio es el primero en el estado de Baja California en abordar este tema y es el primero realizado en la población clínica de nuestro hospital. La prevalencia del Juego Patológico en la población de pacientes que acude a consulta en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California fue del 6.8%. Se encontró una mayor frecuencia en varones (76.9%), de edades entre 31 y 35 años de edad (23.07%), la mayoría de los casos con educación secundaria (53.8%) y empleos no calificados (57.7%) o desempleados (26.9%). La comorbilidad que apareció con mayor frecuencia fue con los trastornos relacionados con uso de sustancias en el 73.1% de los casos, seguidos de los trastornos del afecto en el 11.5% y de los trastornos de ansiedad en el 7.7%. Son necesarios estudios en población abierta para alcanzar una adecuada evaluación de este que es un problema emergente de salud pública en el corto plazo y el diseño de estrategias para combatirlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Gelder Michael G., Lopez-Ibor Jr. Juan, Andreasen Nancy. Tratado de Psiquiatría. Tomo II, Pag. 1181. Editorial Ars Médica.
2. Sánchez Hervás, E. Juego patológico: Un trastorno emergente. Trastornos Adictivos 2003;5(2):75-87
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision 4. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. Pág. 585-589.
5. Potenza M.N. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? Addiction. 2006;101(Suppl. 1):142–151.
6. Jeffrey F. Scherrer, PhD; Hong Xian, PhD. Effect of Genes, Environment, and Lifetime Co-occurring Disorders on Health-Related Quality of Life in Problem and Pathological Gamblers. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:677-683
7. Kennedy SH, Welsh BR, Fulton K, Soczynska JK, McIntyre RS. Frequency and correlates of gambling problems in outpatients with major depressive disorder and bipolar disorder. Can J Psychiatry. 2010 Sep;55(9):568-76

8. Edens EL, Rosenheck RA. Rates and Correlates of Pathological Gambling Among VA Mental Health Service Users. *J Gambl Stud.* 2011 Feb 18.
9. Santos Cansado, Servicio Extremeño de Salud. Manual de intervención en Juego Patológico. Pág. 17
10. Gerstein D, Hoffmann JP, Larison C, Engelman L, Murphy S, Palmer A, et al. Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission. New York, NY: Christiansen/Cummings Associates; 1999. Pág. 39, 4.
11. Potenza M.N. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2008 October 12; 363(1507): 3181–3189.
12. Roy A, et al. Pathological gambling. A psychobiological study. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1988;45:369–373.
13. Shinohara K, Yanagisawa A, Kagota Y, Gomi A, Nemoto K, Moriya E, Furusawa E, Furuya K, Tersawa K. Physiological changes in Pachinko players; beta-endorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate. *Appl. Human Sci.* 1999;18:37–42.
14. Meyer G, Hauffa B.P, Schedlowski M, Pawluk C, Stadler M.A, Exton M.S. Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers. *Biol. Psychiatry.* 2000;48:948–953.
15. Meyer G, Schwertfeger J, Exton M.S, Janssen O.E, Knapp W, Stadler M.A, Schedlowski M, Kruger T.H. Neuroendocrine response to casino

- gambling in problem gamblers. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29:1272–1280.
16. Linnoila, M., Virkunen, M., Scheinen, M., Nuutila, A., Rimon, R. & Goodwin, F. 1983 Low cerebrospinal fluid 5 hydroxy indolacetic acid concentrations differentiates impulsive from non impulsive violent behavior. *Life Sci*. 33, 2609–2614.
 17. Eric Hollander, M.D, Concetta M. DeCaria, Ph.D., Eduardo Mari, B.A., Short-Term Single-Blind Fluvoxamine Treatment of Pathological Gambling. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1781–1783
 18. Grant J.E, Potenza M.N. Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *Int. Clin. Psychopharmacol*. 2006;21:203–209.
 19. Grant J.E, Kim S.W, Potenza M.N, Blanco C, Ibanez A, Stevens L.C, Zaninelli R. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-center randomized controlled trial. *Int. Clin. Psychopharmacol*. 2003;18:243–249.
 20. Nestler, E. J. 2004 Molecular mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology* 47, 24–32.
 21. Secretaría de Gobernación. Situación General de Permisos de la Dirección General de Juegos y Sorteos. Noviembre, 2012
 22. LEY DE SALUD PÚBLICA PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, Sección III, Tomo CVIII. Última reforma, Periodico Oficial No. 47, 25 de Octubre de 2013

23. Stucki S, Rihs-Middel M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: an update. *J Gambl Stud.* 2007 Sep;23(3):245-57.
24. Williams RJ, Lee CK, Back KJ. The prevalence and nature of gambling and problem gambling in South Korea. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012 Sep 14.
25. Park S, Cho MJ, Jeon HJ, Lee HW, Bae JN, Park JI, Sohn JH, Lee YR, Lee JY, Hong JP. Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Jun;45(6):621-9
26. Núria Aragaya,, Alba Roca, Berta Garcia, Cristina Marqueta, Silvina Guijarro, Luís Delgado, Maite Garolera, Joan Albernía, Vicenç Vallè. Pathological gambling in a psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry* 53 (2012) 9–14.
27. Anja Bischof, Christian Meyer, Gallus Bischof, Nadin Kastirke, Ulrich John, Hans-Juergen Rumpf. Comorbid Axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: Results of the PAGE study. *Psychiatry Research* 210 (2013) 1065–1070.
28. Marianna Toce-Gerstein Æ Dean R. Gerstein Æ Rachel A. Volberg. The NODS–CLIP: A Rapid Screen for Adult Pathological and Problem Gambling. *J Gambl Stud* (2009) 25:541–555

ANEXOS



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Sección: Dirección Médica De
Los Servicios De Salud
Fecha: 27 de febrero del 2013



Mexicali, Baja California a 27 de Febrero de 2013

DR. MARIO ABAD MARTINEZ CERVANTES
RESIDENTE DE CUARTO AÑO
PRESENTE.-

Por medio de la presente antepongo un cordial saludo, y le informo que se sometió a Junta de Comité e investigación su protocolo de estudio **"DETECCION DE JUEGO PATOLOGICO EN PACIENTES DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA"** en junta ordinaria el día 31 de Enero de 2013, el cual fue aprobado por unanimidad.

Sin más por el momento me despido de usted, agradeciendo las atenciones prestadas y poniéndome a sus órdenes.

ATENTAMENTE

DRA. WENDY MARLETH CORDOVA MORALES
DIRECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE B.C.

Calle 11 No. 1753 entre Río Verde y Río Atoyac Col. Mexicali Segunda Sección, Mexicali, B.C.

Tels. 842-70-50 y 51 Dirección Médica 842-70-55 Fax: 842-70-74

institutopsiquiatricobc@hotmail.com

“ENCUESTA PROPORCIONADA A CADA SUJETO DE INVESTIGACION”

FICHA DE IDENTIFICACION PARA EL ESTUDIO

**“Protocolo de Investigación Detección de Juego Patológico en el
Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California”**

(Esta información es completamente confidencial)

Nombre: _____

Edad _____

Sexo _____

Estado civil _____

Escolaridad o grado máximo de estudios _____

Ocupación actual _____

Ingreso Mensual (Puede omitirlo si así lo desea) _____

Asiste a esta Institución a consulta como paciente o viene acompañando a

un paciente: _____

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
CUESTIONARIO NORC DSM-IV DETECCION DE PROBLEMAS DE JUEGO

Estas preguntas forman parte de una escala de medición estándar. No hay respuestas correctas o incorrectas. Nos interesa saber cuáles han sido sus experiencias. Por favor, trate de ser lo más preciso(a) posible en sus respuestas y recuerde que esta información es confidencial.

Entendemos que estas preguntas tal vez no se apliquen a todo el mundo, pero sus respuestas son muy importantes y sólo tomará unos minutos.

	PREGUNTAS:	Sí	No
1	¿Alguna vez ha habido algún período que haya durado dos semanas o más en el cual usted pasó mucho tiempo pensando en sus experiencias en el juego o haciendo sus futuros planes para el juego o apuestas?		
2	¿Alguna vez ha habido algún período que haya durado dos semanas o más en el que usted pasó mucho tiempo pensando en maneras de obtener dinero para jugar?		
3	¿Alguna vez ha habido algún período en el cual usted necesitó jugar con sumas de dinero cada vez mayores o haciendo apuestas más grandes que antes para sentir la misma emoción?		
4	¿Alguna vez ha tratado de dejar, disminuir o controlar su juego?		
5	(Si respondió Sí a la anterior): En una o más de las veces que trató de parar, disminuir o controlar su juego, ¿estaba usted inquieto(a) o irritable?		
6	(Si respondió Sí a la anterior): ¿Ha tratado alguna vez de parar, disminuir o controlar su juego, pero no lo consiguió?		
7	(Si respondió Sí a la anterior): ¿Ha pasado esto tres veces o más?		
8	¿Alguna vez ha jugado como una manera de escapar de problemas personales?		
9	¿Alguna vez ha jugado para aliviar sentimientos incómodos como culpa, ansiedad, impotencia o depresión?		
10	¿Alguna vez hubo algún período en el cual volvía otro día a jugar para tratar de recuperar lo que perdió en un día anterior?		
11	¿Ha mentido alguna vez a miembros de su familia, amigos u otros acerca de cuánto usted juega o cuánto dinero ha perdido jugando?		
12	¿Ha pasado esto tres veces o más?		
13	¿Alguna vez ha escrito un cheque sin fondos o ha tomado dinero que no le pertenecía de miembros de la familia o de alguna otra persona para pagar por su juego?		
14	¿Alguna vez le ha causado su juego problemas serios o repetidos en sus relaciones con cualquiera de los miembros de su familia o amigos?		
15	¿Alguna vez le ha causado el juego problemas en sus estudios, le ha traído problemas con su trabajo, le ha hecho perder un trabajo o perderse una oportunidad importante de trabajo o carrera?		
16	¿Alguna vez ha necesitado pedir dinero prestado a miembros de la familia o a otra persona o que lo/la salven de una situación de dinero desesperada que fue mayormente causada por su juego?		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Protocolo de Investigación Detección de Juego Patológico en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California”

Yo, _____ expreso que mi participación en esta investigación es voluntaria y que el propósito del estudio es valorar la presencia de juego patológico o ludopatía en la población que asiste al Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

Sé que mi participación en el estudio tendrá beneficios de carácter científico para el conocimiento del problema de juego patológico en la población que acude a consulta es dicha institución y que no será utilizada en mi perjuicio ni está sujeta a ninguna influencia por parte de alguna autoridad.

Autorizo al personal del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California y al Dr. Mario Abad Martínez Cervantes (médico responsable) a que se me evalúe por medio de la Escala NODS. Se me ha explicado que la participación en este estudio no representa ningún riesgo para mi salud e integridad ya que solo se aplica un cuestionario. Y que los resultados obtenidos serán manejados con confidencialidad y privacidad.

Estoy informado de que puedo abandonar el estudio en cualquier momento del mismo.

FIRMAS

Evaluado

Dr. Mario Abad Martínez Cervantes

Dra. Wendy M. Córdova Morales

Médicos Responsables

Testigo

Testigo

Mexicali, Baja California a _____ del mes de _____ de 2013.

CRITERIOS DEL DSM-IV-TR PARA EL JUEGO PATOLÓGICO

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente o recurrente, como indican por lo menos 5 (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por el juego (p. ej. Preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej. Sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de cazar las propias pérdidas).
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

TABLAS

		Genero			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	197	51.7	51.7	51.7
	Femenino	184	48.3	48.3	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Tabla 1.

Media de Edad por Género			
Género	Media	N	Desv. típ.
Masculino	34.73	197	11.931
Femenino	37.27	184	12.693
Total	35.95	381	12.354

Tabla 2.

		Escolaridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria incompleta	23	6.0	6.0	17.3
	Primaria	43	11.3	11.3	11.3
	Secundaria incompleta	33	8.7	8.7	60.6
	Secundaria	132	34.6	34.6	52.0
	Medio Superior incompleto	22	5.8	5.8	85.6
	Medio Superior	73	19.2	19.2	79.8
	Técnico	19	5.0	5.0	90.6
	Licenciatura incompleta	5	1.3	1.3	99.2
	Licenciatura	28	7.3	7.3	97.9
	Maestría	3	.8	.8	100.0
Total		381	100.0	100.0	

Tabla 3.

Estado Civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	169	44.4	44.4	44.4
	Casado	117	30.7	30.7	75.1
	Unión Libre	70	18.4	18.4	93.4
	Divorciado	14	3.7	3.7	97.1
	Viudo	11	2.9	2.9	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Tabla 4.

Ocupación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hogar	99	26.0	26.0	26.0
	Estudiante	27	7.1	7.1	33.1
	Desempleado	78	20.5	20.5	53.5
	Empleo Profesional	18	4.7	4.7	58.3
	Empleo no calificado	155	40.7	40.7	99.0
	Retiro	4	1.0	1.0	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Tabla 5.

Categoría NODS					
		N=381	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo Riesgo	300	78.7	78.7	78.7
	En Riesgo	34	8.9	8.9	87.7
	Jugador Problema	21	5.5	5.5	93.2
	Jugador Patológico	26	6.8	6.8	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Tabla 6.

		Categoría NODS				Total
		Bajo Riesgo	En Riesgo	Jugador Problema	Jugador Patológico	
Genero	Masculino	143	19	15	20	197
	Femenino	157	15	6	6	184
Total		300	34	21	26	381

Tabla 7.

Tabla de contingencia Categoría NODS * Edad (agrupado)														
Categoría NODS			Grupos de Edad											Total
			Menos de 21 años	21 a 25 años	26 a 30 años	31 a 35 años	36 a 40 años	41 a 45 años	46 a 50 años	51 a 55 años	56 a 60 años	61 a 65 años	Mayor de 66 años	
Categoría NODS	Bajo Riesgo	Recuento	36	50	34	41	37	30	29	19	16	5	3	300
		% dentro de Categoría NODS	12.0%	16.7%	11.3%	13.7%	12.3%	10.0%	9.7%	6.3%	5.3%	1.7%	1.0%	100.0%
	En Riesgo	Recuento	8	3	7	4	3	4	2	1	2	0	0	34
		% dentro de Categoría NODS	23.5%	8.8%	20.6%	11.8%	8.8%	11.8%	5.9%	2.9%	5.9%	0.0%	0.0%	100.0%
	Jugador Problema	Recuento	7	4	0	3	4	3	0	0	0	0	0	21
		% dentro de Categoría NODS	33.3%	19.0%	0.0%	14.3%	19.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Jugador Patológico	Recuento	2	0	3	6	3	5	4	3	0	0	0	26
		% dentro de Categoría NODS	7.7%	0.0%	11.5%	23.1%	11.5%	19.2%	15.4%	11.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total	Recuento	53	57	44	54	47	42	35	23	18	5	3	381	
	% dentro de Categoría NODS	13.9%	15.0%	11.5%	14.2%	12.3%	11.0%	9.2%	6.0%	4.7%	1.3%	.8%	100.0%	

Tabla 8.

Distribución por Escolaridad de Jugadores Patológicos							
Grado	Primaria incompleta	Primaria	Secundaria	Medio Superior	Técnico	Licenciatura	Maestría
Frecuencia	1	8	14	3	0	0	0
Porcentaje	3.8%	30.8%	53.8%	11.5%	0.0%	0.0%	0.0%

Tabla 9.

Categoría diagnóstica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin Diagnóstico Psiquiátrico	5	1.3	1.3	1.3
	Trastornos del Afecto	130	34.1	34.1	35.4
	Trastornos de Ansiedad	66	17.3	17.3	52.8
	Trastornos Relacionados al Uso de Sustancias	104	27.3	27.3	80.1
	Patología Dual	31	8.1	8.1	88.2
	Trastornos Psicóticos	17	4.5	4.5	92.7
	Otros Trastornos Psiquiátricos	28	7.3	7.3	100.0
	Total	381	100.0	100.0	

Tabla 10.

Tabla de contingencia Categoría NODS * Categoría diagnóstica

Categoría NODS		Categoría diagnóstica						
		Sin Diagnóstico Psiquiátrico	Trastornos del Afecto	Trastornos de Ansiedad	Trastornos Relacionados al Uso de Sustancias	Patología Dual	Trastornos Psicóticos	Otros Trastornos Psiquiátricos
Bajo Riesgo	Recuento	5	113	53	66	27	17	19
	% dentro de Categoría NODS	1.7%	37.7%	17.7%	22.0%	9.0%	5.7%	6.3%
En Riesgo	Recuento	0	9	8	8	3	0	6
	% dentro de Categoría NODS	0.0%	26.5%	23.5%	23.5%	8.8%	0.0%	17.6%
Jugador Problema	Recuento	0	5	3	11	0	0	2
	% dentro de Categoría NODS	0.0%	23.8%	14.3%	52.4%	0.0%	0.0%	9.5%
Jugador Patológico	Recuento	0	3	2	19	1	0	1
	% dentro de Categoría NODS	0.0%	11.5%	7.7%	73.1%	3.8%	0.0%	3.8%
Total	Recuento	5	130	66	104	31	17	28
	% dentro de Categoría NODS	1.3%	34.1%	17.3%	27.3%	8.1%	4.5%	7.3%

Tabla 11.

FIGURAS

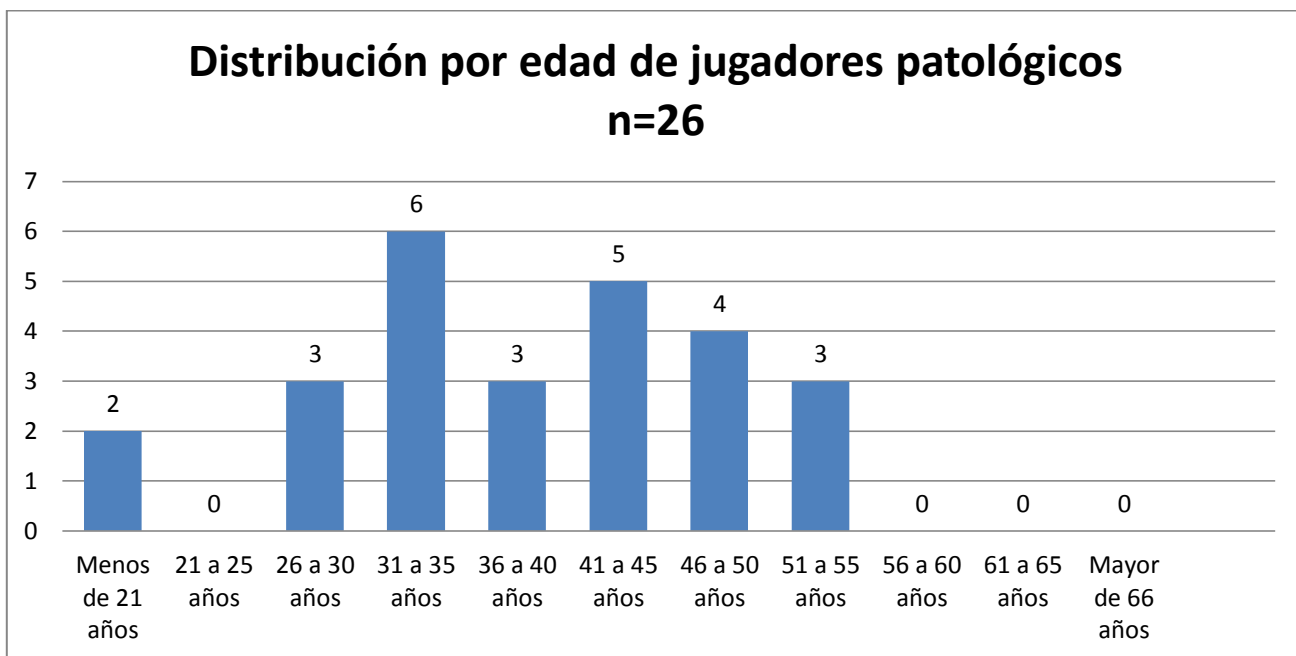


Figura 1.

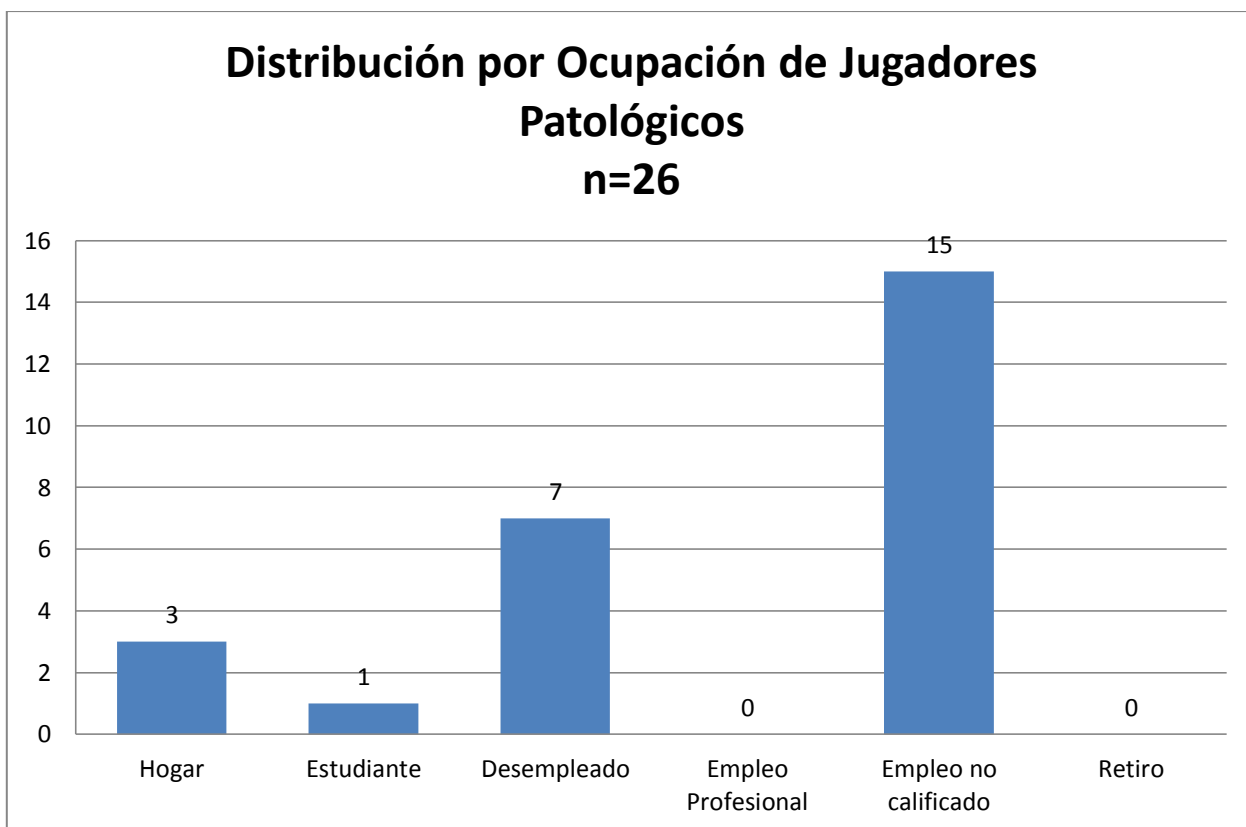


Figura 2.

