

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES
DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARÍA, AREQUIPA 2015.**

Autor:

JOSÉ CARLOS BENAVENTE ARRAYÁN

Trabajo de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2015

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a los seres que más amo en este mundo: mis padres José Luis y Yanira, a mis hermanos José Luis y José Manuel, porque son la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar contra cualquier obstáculo, porque admiro su perseverancia y sobre todo su amor a Dios del que me contagiaron.



AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mis más sinceras muestras de agradecimiento:

En primer lugar a **Dios** nuestro Padre, por darme la vida y salud para poder seguir tan hermosa carrera, por llenarme de bendiciones desde el día en que nací y por regalarme a las personas más importantes de mi vida, mi familia.

A mi madre **Virgen María** por guiarme y protegerme de todo peligro, siempre bajo su manto sagrado dándome la iluminación y fortaleza para superar todos los obstáculos que tuve a lo largo de mi vida.

A mis padres **José Luis y Yanira**, por darme la vida, por cuidarme, guiarme y sobre todo por mostrarme el camino hacia Dios, haciéndome sentir su gran amor a través de ellos; no sería nada de lo que soy si no hubiese sido por tan grandes sacrificios que hicieron por mí.

A mis hermanos **José Manuel y José Luis** los mejores ejemplos de vida, de superación y perseverancia, ya que sin ellos tampoco hubiera llegado a este momento, habiendo sido más que hermanos, dos padres para mí.

A mi **Colegio San José** por contagiarme siempre el amor a Dios y a la Virgen María, por los valores que me inculcaron y porque desde pequeño me enseñaron que el “Ser más para Servir mejor” es un punto clave para alcanzar la felicidad que Dios nos tiene prometida.

Por último, agradecer a mi programa profesional de Medicina Humana de la UCSM y al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, quienes con su grupo humano tan bien preparados y grandes maestros a la vez, supieron darme las enseñanzas necesarias durante todos estos años de formación, para saber desenvolverme de la mejor manera en tan maravillosa profesión.

EPIGRAFE

Usted se va a volver de palo. No sólo se aparta de la vida, de sus intereses y de los intereses sociales, de los deberes del ciudadano y el hombre, de sus amigos...; no sólo se desentiende usted de todo lo que no sea juego...; sino que hasta prescinde de sus recuerdos.

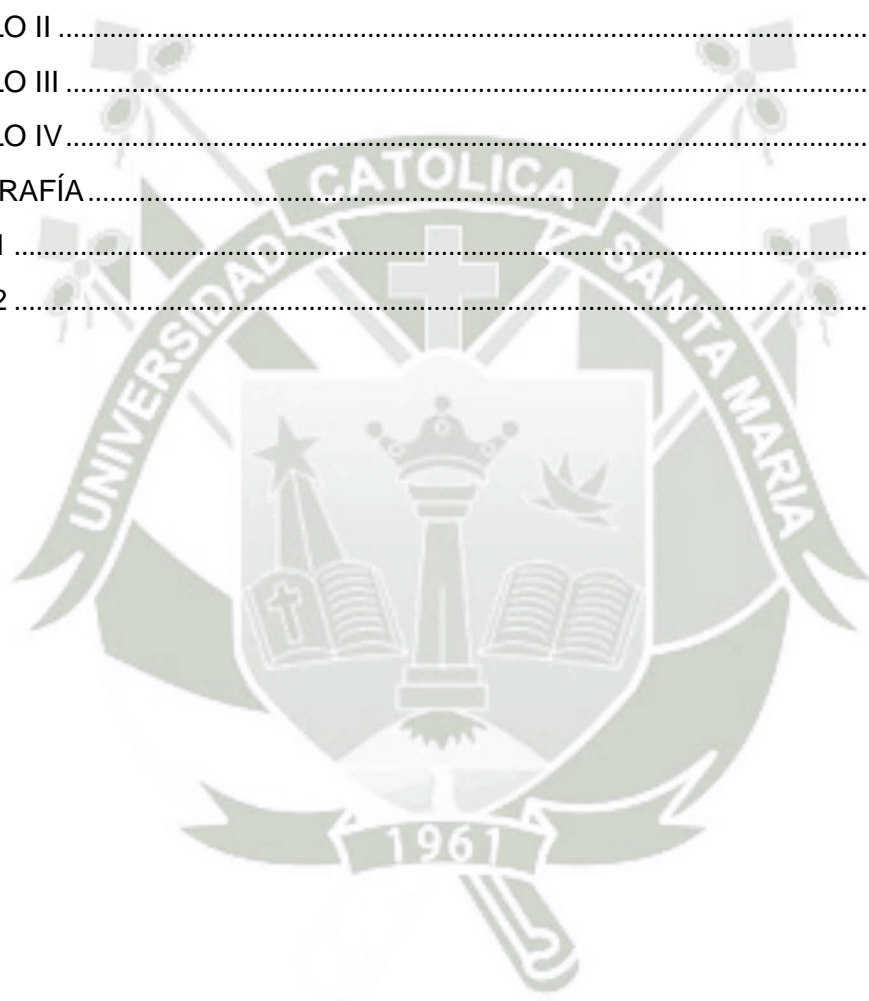
F. Dostoyevski: El jugador, 1866



INDICE GENERAL

Contenido

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
CAPITULO II	12
CAPITULO III	33
CAPITULO IV.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXO 1	50
ANEXO 2	105



RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la frecuencia de juego patológico y sus factores relacionados en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, en estudiantes preuniversitarios inscritos para postular a una de las facultades de la Universidad Católica de Santa María, se les aplicó una ficha de recolección de datos y el cuestionario de juego patológico de South- OAKS. Se hizo en varios tiempos debido a la cantidad de alumnos, mientras ellos realizaban sus actividades académicas normales.

Resultados: La población se encontraba en un grupo etéreo entre 17 y 19 años en 61%, 53% de los participantes era del sexo femenino, 72% provenía de Arequipa y en menor cantidad de Puno (6%), Tacna (8%), Moquegua (5%). 55% recién se encontraba en su primer intento de postulación, 27% reportaba el consumo de alcohol así como el 11% de tabaco, 68% convive con sus padres. Respecto al juego, se encontró que 72% no tiene ningún riesgo, 23% riesgo en transición y 5% probables casos patológicos.

Conclusiones: Se concluye que prevalece el jugador social, y los factores que se asocian al juego patológico son la edad, el lugar de procedencia, los intentos de postulación, la convivencia, el tipo de colegio de procedencia y al área profesional que se postula.

Palabras clave: Jóvenes, juego patológico, videojuegos.

ABSTRACT

This study aimed to determine the frequency of pathological gambling and its related factors in pre-university students center of the Catholic University of Santa María, Arequipa 2015.

Material and Methods: An observational, prospective, cross-sectional, was performed on pre-university students registered to apply for one of the faculties of the Catholic University of Santa María, were given a data collection sheet and questionnaire pathological gambling in South- OAKS . It was at various times because the number of students while they performed their regular academic activities.

Results: The population was at an age group between 17 and 19 years in 61%, 53% of participants was sex, female, 72% came from the same city and a lesser amount of Puno, 6%, 8% Tacna, Moquegua 5%. 55% newborn was in his first attempt to enter college, 27% reported drinking alcohol and snuff 11%, 68% live with their parents. Regarding the game, it was found that 72% have no risk, 23% risk in transition, and 5% probable cases.

Conclusions: We conclude that social player prevails, and the factors that are associated with pathological gambling are age, place of origin, attempts nomination, coexistence, type of school of origin and the professional area that is postulated.

Keywords: Young, pathological gambling, video games.

INTRODUCCIÓN

El problema del juego o ludopatía es un impulso de jugar continuamente a pesar de consecuencias negativas perjudiciales o incluso el deseo de dejarlo. El problema del juego es a menudo definido en sí por el daño es experimentado por el jugador u otros, en lugar de por el comportamiento del jugador. Los problemas de juegos de azar graves pueden ser diagnosticados como juego patológico clínico si el jugador cumple con ciertos criterios. El juego patológico es un trastorno común que se asocia con altos costos sociales y familiares.

La ludopatía en nuestro medio es un problema no estudiado frecuentemente, sin embargo a nivel experiencial vemos que es un problema frecuente principalmente en adolescentes.

A medida que van pasando los años, el juego patológico o ludopatía, merece más atención desde la perspectiva de la salud pública. Los estudios de prevalencia han ayudado a mejorar su comprensión, ya que el hecho de saber a cuántos sujetos afecta, así como a qué tipo de población, nos orienta a poner en marcha adecuados programas de prevención y tratamiento (10).

El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de juego patológico y sus factores relacionados en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015.

Esta tesis se divide en 4 capítulos: el primer capítulo nos muestra la muestra y la metodología utilizada, en el segundo capítulo se exponen los

resultados obtenidos del estudio, en el siguiente se presenta la discusión y comentarios y finalmente en el último, se exponen las conclusiones y sugerencias.





CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Encuesta
- **Instrumentos**
 - o Ficha de recolección de datos
 - o Cuestionario de Juego Patológico de SOGS-RA

2. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

El presente estudio se realizó en el campus de la Universidad Católica Santa María ubicada en la urbanización San José s/n Umacollo, ciudad Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal:

La información será recolectada durante el mes de Enero y Febrero del 2015.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por los estudiantes que estén inscritos en el centro preuniversitario de la Universidad Católica Santa María ubicada y la información que de estos se pueda obtener.

2.3.1. Población

Todos los estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María que cumplan con los criterios de selección.

2.3.2. Muestra y Muestreo

Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula de tamaño muestra para muestras finitas.

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

Z= Nivel de confianza: 1.96

p= Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado: 50%

q= Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado: 50%

N= Tamaño del universo: 1500

e= Error de estimación máximo aceptado: 5%

n= Tamaño de la muestra: 306.00

En el presente trabajo el tamaño muestra salió 306, sin embargo, obtuvimos 553 encuestas, por lo que mejora el poder estadístico al tener un tamaño muestral más grande que el necesario.

3.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Alumnos con matrícula regular del centro preuniversitario de la Universidad Católica Santa María.
- Alumnos que lleven estudios de forma presencial.
- Alumnos que acepten participar del estudio

- Criterios de Exclusión

- Estudiante que no desee participar del estudio con sus datos.

3. Estrategia de Recolección de Datos

4.1. Organización

- a. Presentación del proyecto a la facultad de Medicina Humana para su aprobación.
- b. Solicitar autorización al Vicerrectorado Académico y a la dirección del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
- c. Coordinación con los profesores y asistentes para la toma de encuestas respectivas.
- d. Aplicación de las encuestas y fichas de recolección de datos a los estudiantes.
- e. Tabular, procesar y analizar los datos recolectados.

- f. Elaborar el borrador de la tesis y presentarlo a la Facultad de Medicina Humana.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Jose Carlos Benavente Arrayán

Asesor: Dr. Ervis Alvarado

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos y cuestionario SOGS-RA.
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación.
- Cuestionario de SOGS-RA de Winters, Stinchfield y Fuklkerson (1993) para evaluar el probable juego patológico y el juego problemático, en la versión castellana. Este cuestionario consta de 12 ítems con dos alternativas de respuesta cada uno (SI/NO), derivado del SOGS de Lesieur y Blume (1987, 1993). Las puntuaciones del SOGS-RA proporciona tres categorías: no jugador o sin problemas de juego, jugador problema y probable jugador

patológico. Por no jugador o sin problemas de juego se entiende aquel que no contesta afirmativamente a ningún ítem o sólo a uno de ellos; por jugador problemático leve a aquel que contesta a 2 ó 4 de los ítems, y probable jugador patológico al que contesta a 5 o más de ellos. El contenido de los ítems se relaciona entre otras cuestiones con la conducta del juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o pagar deudas y las emociones implicadas. La versión original del cuestionario ha sufrido algunas modificaciones en comparación a la reciente. Este cuestionario fue validado al español por Echeburúa y cols. En 1994.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, previa autorización por parte del vicerrectorado académico y coordinación con los profesores del centro preuniversitario.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán tabuladas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y exportadas luego al programa SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones de variables categóricas se usará la prueba del Chi cuadrado, t de student para muestras relacionadas en caso de que se consideren variables cuantitativas.

Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



CAPÍTULO II

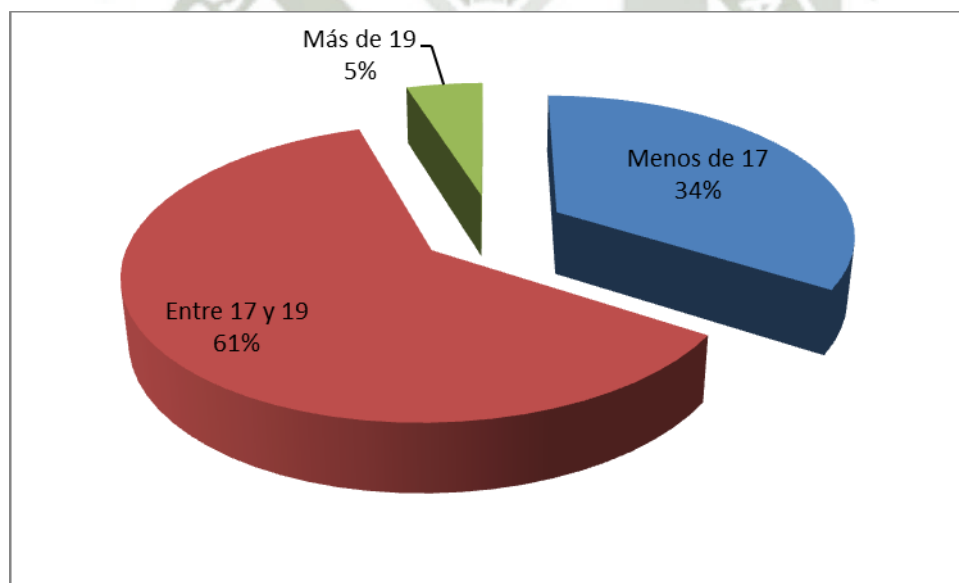
RESULTADOS

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 1. Características Generales: Grupos Etáreos

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 17	188	34
Entre 17 y 19	338	61
Más de 19	27	5
Total	553	100

Figura 1. Características Generales: Grupos Etáreos



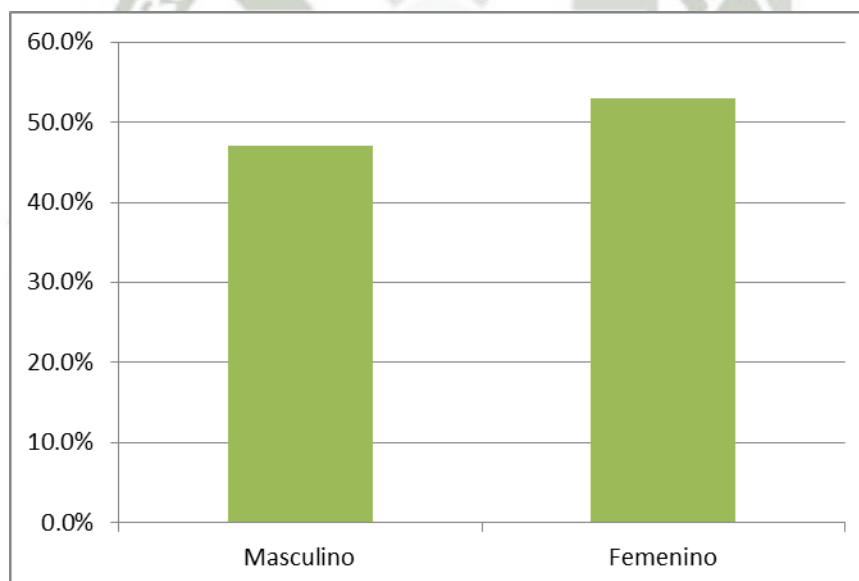
La mayoría de los participantes tenía una edad comprendida entre 17 a 19 años (61%), seguido a esto estaban los de menos de 17 años (34%), y finalmente en menor frecuencia los mayores de 19 años (5%).

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 2. Características Generales: Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	260	47
Femenino	293	53
Total	553	100

Figura 2. Características Generales: Sexo



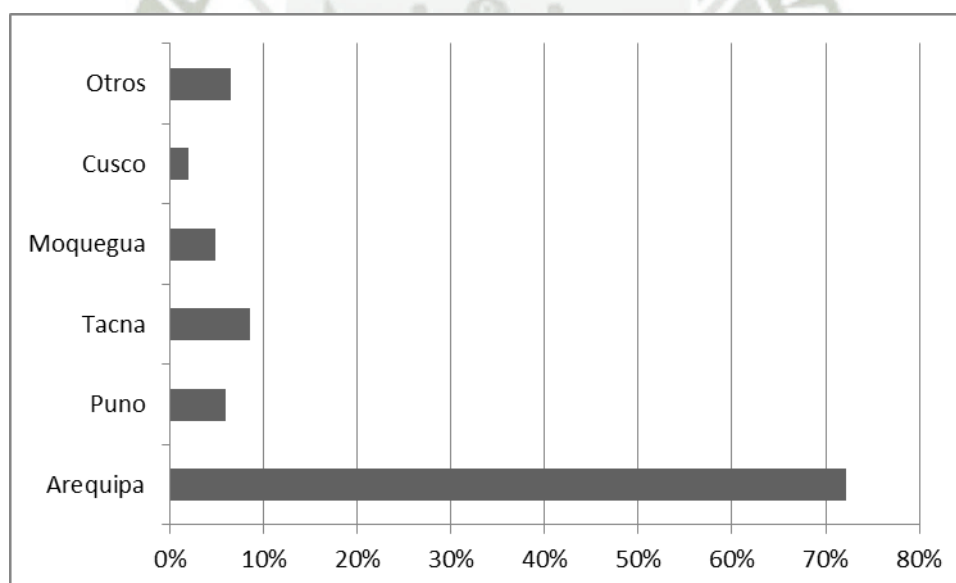
La mayoría de los estudiantes participantes fueron del sexo femenino 53% y el 47% restante pertenecía al sexo masculino.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 3. Características generales: Procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Arequipa	399	72
Puno	33	6
Tacna	47	8
Moquegua	27	5
Cusco	11	2
Otros	36	7
Total	553	100

Figura 3. Características generales: Procedencia



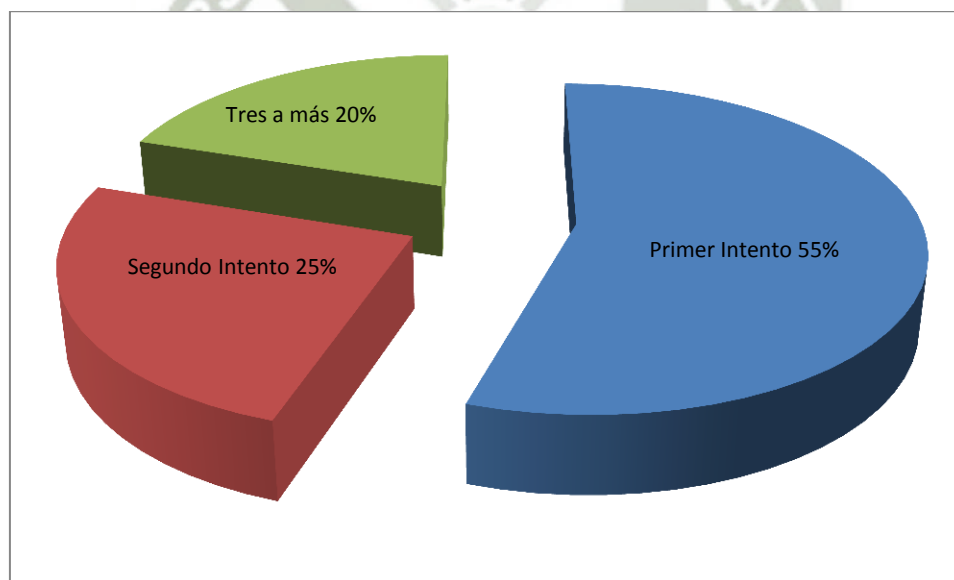
La mayoría de estudiantes del centro preuniversitario eran procedentes de la ciudad de Arequipa (72%), en frecuencias menores se distribuyeron entre los de Puno (6%), Tacna (8%), Moquegua (5%) y Cusco (2%).

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 4. Características generales: Intentos de postulación

Intento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primer Intento	305	55
Segundo Intento	141	25
Tres a más Intentos	107	20
Total	553	100

Figura 4. Características generales: Intentos de postulación



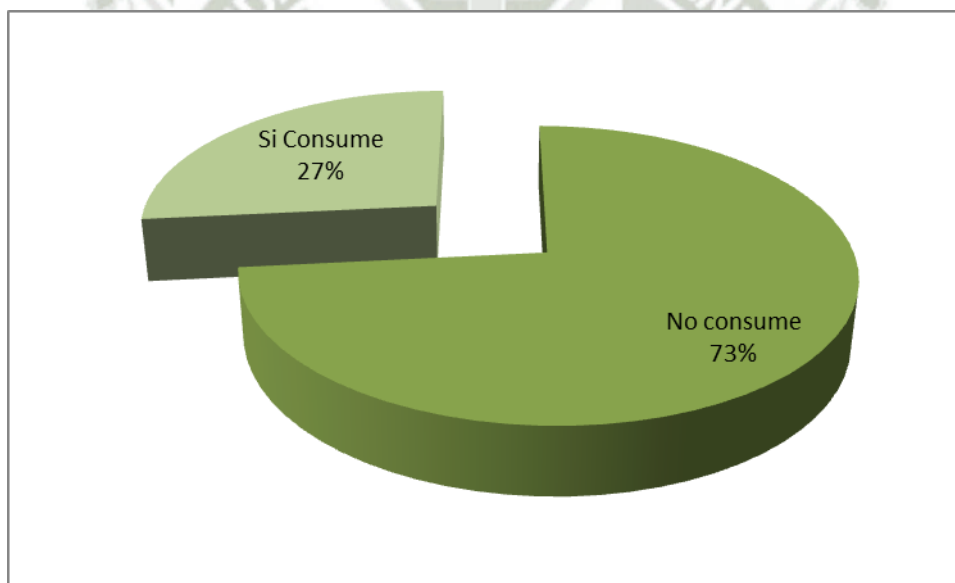
En tabla 4 y figura 4 podemos observar la frecuencia de los intentos de postulación en los estudiantes, la mayoría (55%), va por su primer intento, siguiendo a estos (25%), los que se encuentran en su segundo intento, y finalmente 20% tiene 3 a más intentos.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 5. Características generales: Consumo de alcohol

Alcohol	Frecuencia	Porcentaje (%)
No consume	406	73
Si Consume	147	27
Total	553	100

Figura 5. Características generales: Consumo de alcohol



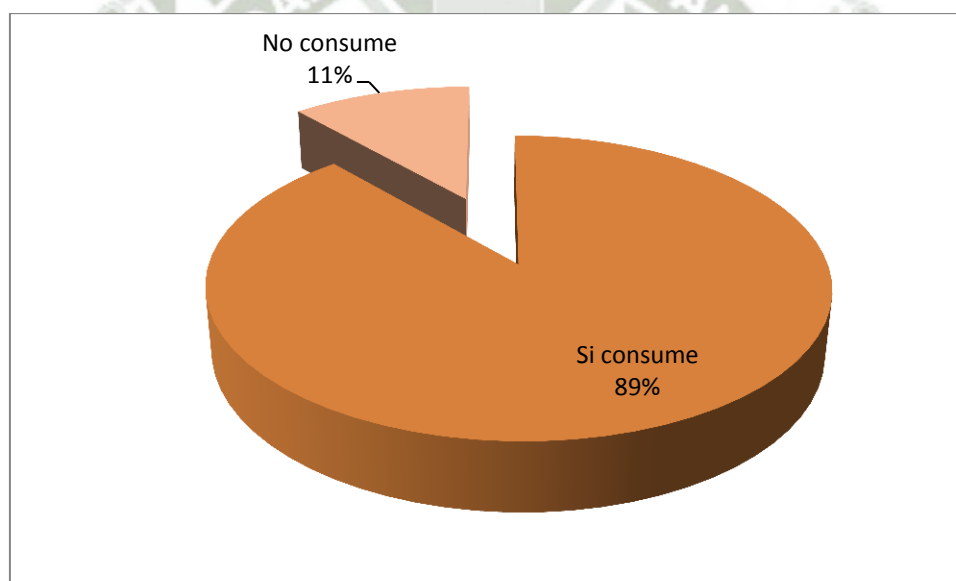
En relación al consumo de alcohol la mayoría de estudiantes refiere no consumirlo (73%), sin embargo el restante 27%, que corresponde a 147 alumnos si lo refiere consumir de manera regular.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 6. Características generales: Consumo de tabaco

Tabaco	Frecuencia	Porcentaje (%)
No consume	490	89
Si consume	63	11
Total	553	100

Figura 6. Características generales: Consumo de tabaco



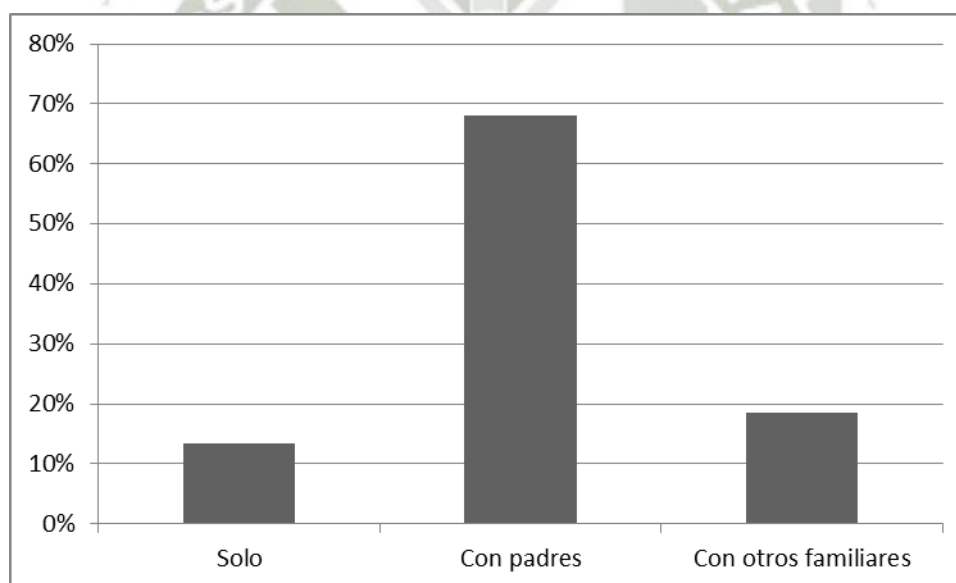
El consumo de tabaco de manera regular se da en el 11% del total de encuestados, que en total son 63 alumnos, el restante no lo consume.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 7. Características generales: Convivencia

Convivencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Solo	74	13
Con padres	377	68
Con otros familiares	102	18
Total	553	100

Figura 7. Características generales: Convivencia



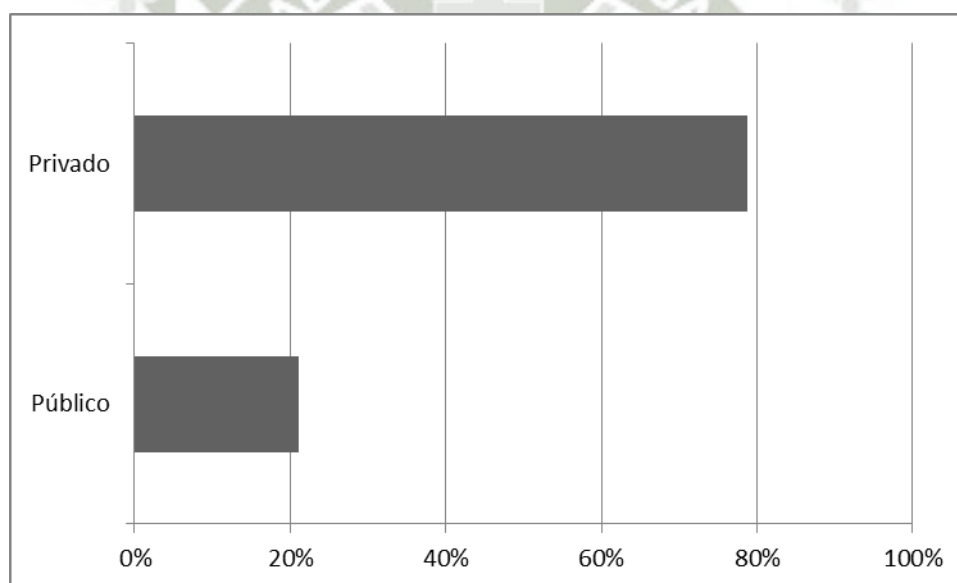
La mayoría de los estudiantes a los que se les encuestó conviven con sus padres (68%), seguido a este están los que conviven con otros familiares (18%) y los que viven solos (13%).

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 8. Características generales: Tipo de colegio de procedencia

Colegio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Público	117	21
Privado	436	79
Total	553	100

Figura 8. Características generales: Tipo de colegio de procedencia



La figura 8 y la tabla 8 nos presenta el tipo de colegio de procedencia, encontrándose que el 79% proviene de un colegio privado, y 21 % de los encuestados estuvieron en colegio público o nacional.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 9. Área a la que postula

Área	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ciencias de la Salud	213	39
Ciencias e ingenierías	228	41
Ciencias Jurídicas y Empresariales	80	14
Ciencias Sociales	32	6
Total	553	100

Figura 9. Área a la que postula



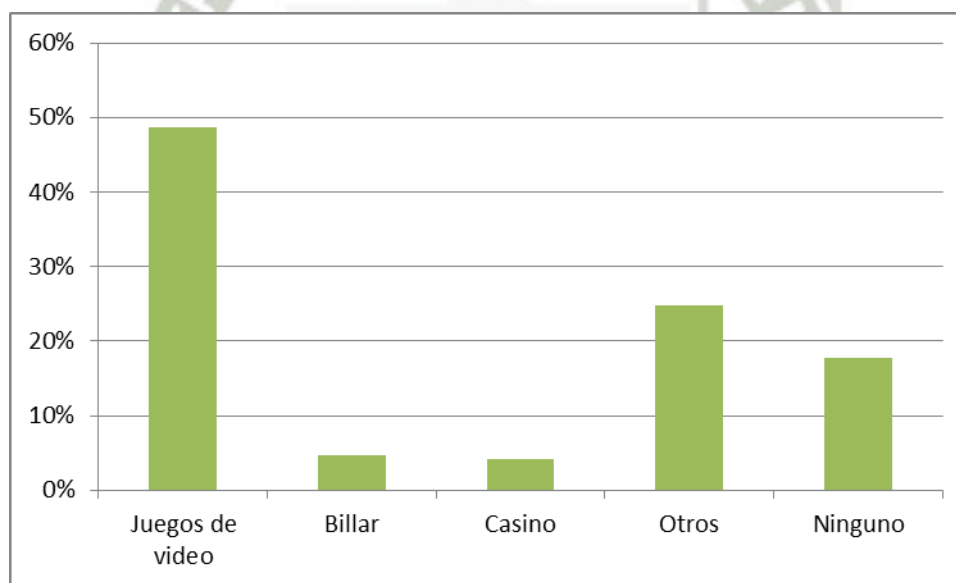
También se evaluó la el área al que el estudiante pretende postular, siendo la mayoría de ciencias e ingenierías (41%), seguido a esto los de ciencias de la salud (39%), luego los de ciencias jurídicas y empresariales (14%) y finalmente los de ciencias sociales (6%).

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 10. Tipo de juego

Juego	Frecuencia	Porcentaje (%)
Juegos de video	269	49
Billar	26	5
Casino	23	4
Otros	137	25
Ninguno	98	18
Total	553	100

Figura 10. Tipo de juego



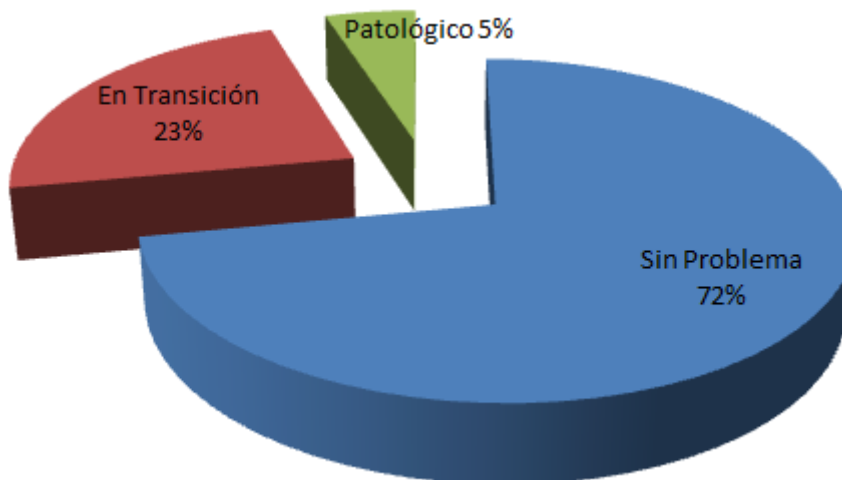
En cuanto al tipo de juego que practican con mayor frecuencia se encontró que los juegos de video son los que prevalecen (49%), seguido a esto se encuentran los que practican otro tipo de juegos (25%), dentro de ellos refieren la realización de deportes; luego de estos el billar (5%) y casino (4%) en menor frecuencia.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 11. Presencia de juego patológico

Juego	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin problema	396	72
En transición	127	23
Patológico	30	5
Total	553	100

Figura 11. Presencia de juego patológico



Respecto a la evaluación de la presencia del juego patológico, se encontró que la mayoría de los encuestados no presentan este problema (72%), sin embargo 23% son catalogados como un problema en transición, y 5% presentan aparentemente la Patología.

“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA 2015”

Tabla 12. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y la Edad

	Sin problema	En transición	Patológico	Total
Menores de 17	132 (70%)	48 (26%)	8 (4%)	188
Entre 17 y 19	249 (74%)	73 (22%)	16 (5%)	338
Más de 19	15 (56%)	6 (22%)	6 (22%)	27
Total	396 (72%)	127 (23%)	30 (5%)	553

Chi cuadrado: 16.86, Grados de Libertad: 4, $p=0.0021$

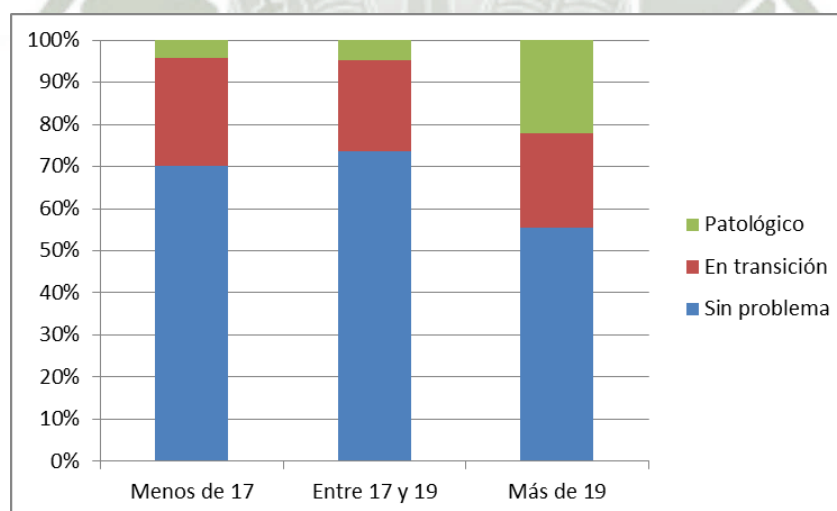
Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problemas, se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 15.65, Grados de Libertad: 2, $p=0.0004$

Prueba t: -4.403, Grados de Libertad: 424, $p<0.001$

Al relacionar al Juego patológico con los promedios de edades entre los que presentan la patología y los que no, se encontró que la asociación es estadísticamente significativa.

Figura 12. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y la Edad



Se evaluó la relación entre la edad y la presencia de juego patológico, y la edad, encontrándose una asociación estadísticamente significativa, existiendo una tendencia en los estudiantes de edad comprendida entre 17 y 19 años y mayores de 19 años.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 13. Asociación entre el tipo de Juego Patológico y el Sexo

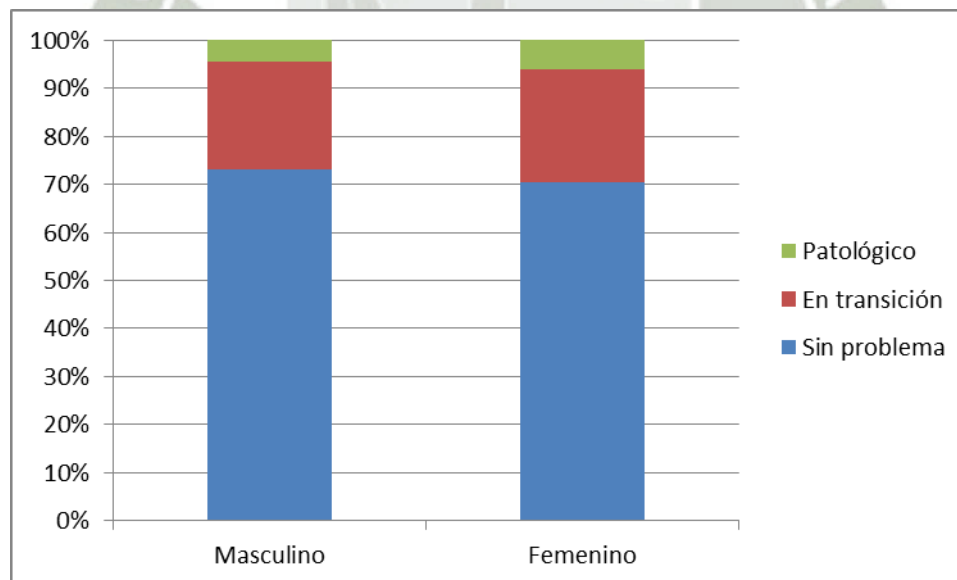
	Sin problema		En transición		Patológico		
Masculino	190	(73%)	58	(22%)	12	(5%)	260
Femenino	206	(70%)	69	(24%)	18	(6%)	293
Total	396	(72%)	127	(23%)	30	(5%)	553

Chi cuadrado: 0.83, Grados de Libertad: 2, $p=0.6603$

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno, se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 0.43, Grados de Libertad: 1, $p= 0.512$

Figura 13. Asociación entre el tipo de Juego Patológico y el Sexo



En la presente tabla y figura se presenta la relación entre el juego patológico y el sexo, no encontrándose asociación estadísticamente significativa, no notándose tendencia en los valores aparentemente.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

**Tabla 14. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el lugar de
Procedencia**

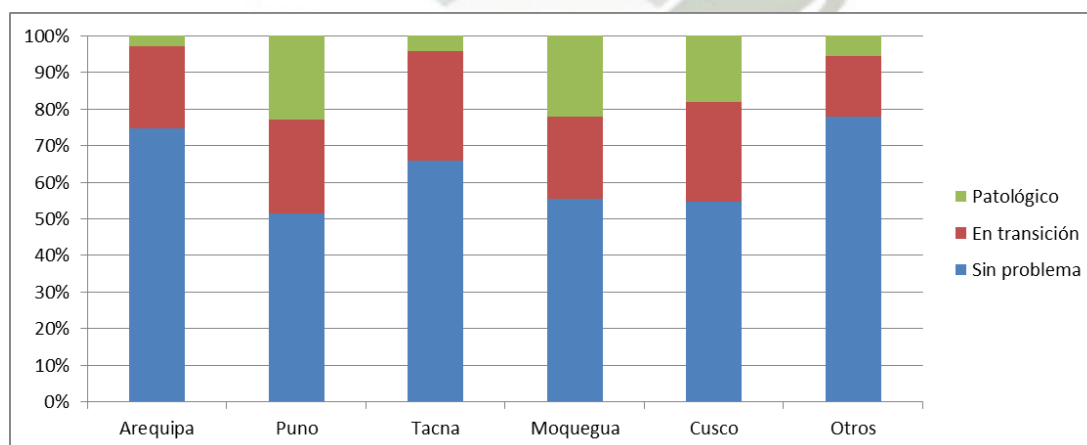
	Sin problema		En transición		Patológico		
Arequipa	298	(75%)	89	(22%)	12	(3%)	399
Puno	18	(55%)	9	(27%)	6	(23%)	33
Tacna	31	(66%)	14	(30%)	2	(4%)	47
Moquegua	15	(56%)	6	(22%)	6	(22%)	27
Cusco	6	(55%)	3	(27%)	2	(18%)	11
Otros	28	(78%)	6	(17%)	2	(6%)	36
Total	396	(72%)	127	(23%)	30	(5%)	553

Chi cuadrado: 37.361, Grados de Libertad: 10, $p < 0.001$.

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno, se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 35.45, Grados de Libertad: 5, $p < 0.001$

**Figura 14. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el lugar de
Procedencia**



Existe una asociación entre el juego patológico y el lugar de procedencia.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 15. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y los intentos de postulación

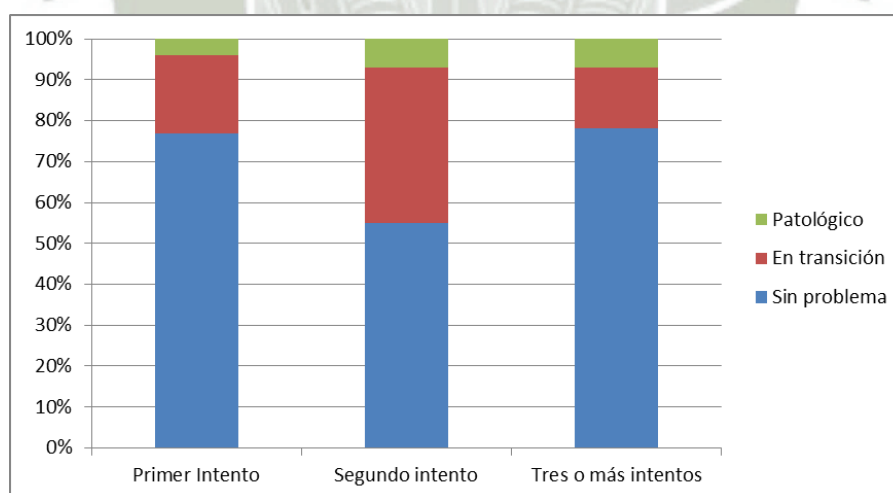
	Sin problema		En transición		Patológico		Total
Primer Intento	234	(77%)	58	(19%)	13	(4%)	305
Segundo intento	78	(55%)	53	(38%)	10	(7%)	141
Tres o más intentos	84	(79%)	16	(15%)	7	(7%)	107
Total	396	(72%)	127	(23%)	30	(5%)	553

Chi cuadrado: 26.97, Grados de Libertad: 4, $p < 0.001$

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno, se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 3.76, Grados de Libertad: 2, $p = 0.1526$

Figura 15. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y los intentos de postulación



Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el número de intentos y la presencia de juego patológico, siendo el problema más frecuente en los que se encuentran en el segundo intento, seguido por el tercero.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 16. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el consumo de Alcohol

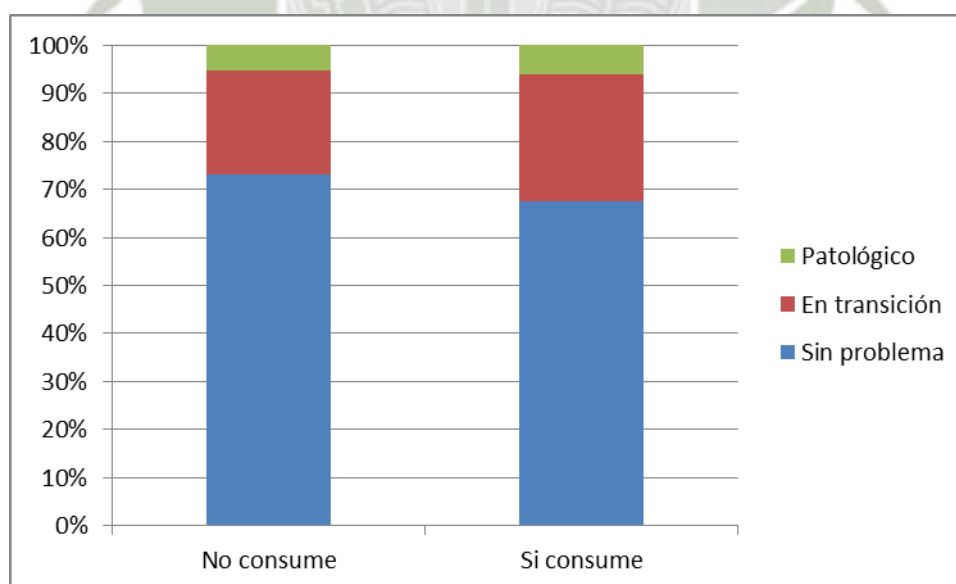
	Sin problema		En transición		Patológico		Total
No consume	297	(73%)	88	(22%)	21	(5%)	406
Si consume	99	(67%)	39	(27%)	9	(6%)	147
Total	396	(72%)	127	(23%)	30	(5%)	553

Chi cuadrado: 1.8, Grados de Libertad: 2, $p=0.4066$

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno, se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 15, Grados de Libertad: 1, $p= 0.6985$

Figura 16. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el consumo de Alcohol



No existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia del consumo de alcohol y el juego patológico.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 17. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el consumo de Tabaco

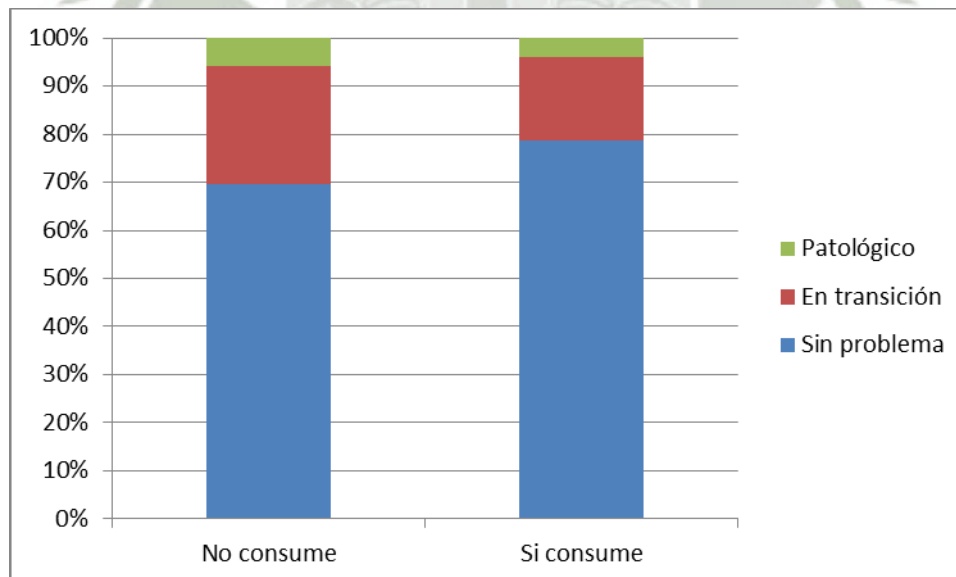
	Sin problema	En transición	Patológico	Total
No consume	296 (60%)	105 (21%)	25 (5%)	490
Si consume	100 (57%)	22 (35%)	5 (8%)	63
Total	396 (72%)	127 (23%)	30 (5%)	553

Chi cuadrado: 4.13, Grados de Libertad: 2, $p=0.1268$

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 0.69, Grados de Libertad: 1, $p=0.4062$

Figura 17. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el consumo de Tabaco



Aquí se presenta la relación entre el juego patológico y el consumo de tabaco, no encontrándose una relación estadísticamente significativa.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 18. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y la convivencia

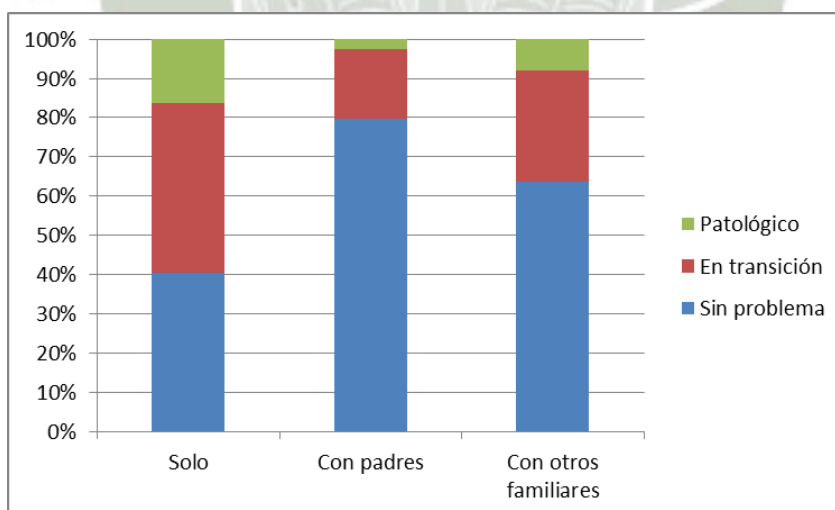
	Sin problema		En transición		Patológico		Total
Solo	30	(41%)	32	(43%)	12	(16%)	74
Con padres	301	(80%)	66	(18%)	10	(3%)	377
Con otros familiares	65	(64%)	29	(28%)	8	(8%)	102
Total	396	(72%)	127	(23%)	30	(5%)	553

Chi cuadrado: 56.22, Grados de Libertad: 4, $p=0.0001$

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 38.41, Grados de Libertad: 2, $p<0.0001$

Figura 18. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y la convivencia



Se ha encontrado una relación altamente significativa entre la convivencia y la presencia de juego patológico, pudiéndose observar que existe mayor frecuencia en los estudiantes que viven solos y con otros familiares.

“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA 2015”

Tabla 19. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el tipo de colegio de procedencia

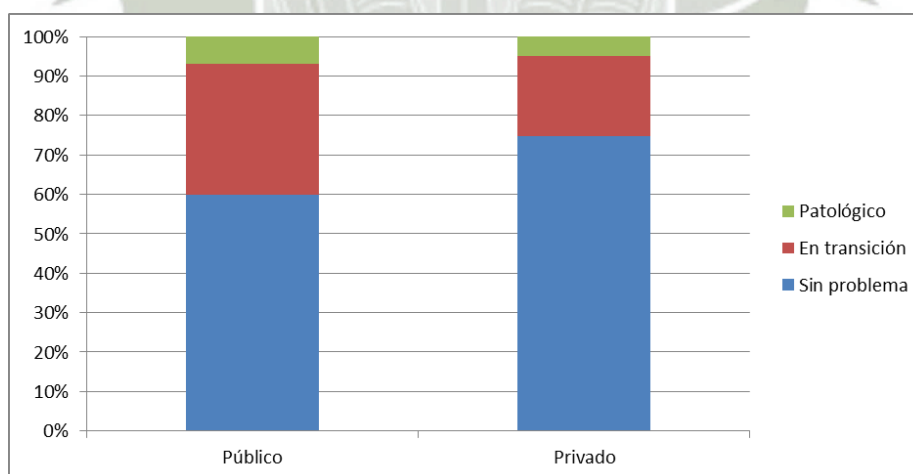
	Sin problema		En transición		Patológico		Total
Público	70	(60%)	39	(33%)	8	(7%)	117
Privado	326	(75%)	88	(20%)	22	(5%)	436
Total	396	(72%)	127	(23%)	30	(5%)	553

Chi cuadrado: 10.37, Grados de Libertad: 2, $p=0.0056$

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 0.97, Grados de Libertad: 1, $p= 0.3247$

Figura 19. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el tipo de colegio de procedencia



Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el colegio de procedencia y la presencia de juego patológico, existiendo una tendencia en los estudiantes que provienen de colegios públicos.

**“JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA
2015”**

Tabla 20. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el área al que postula

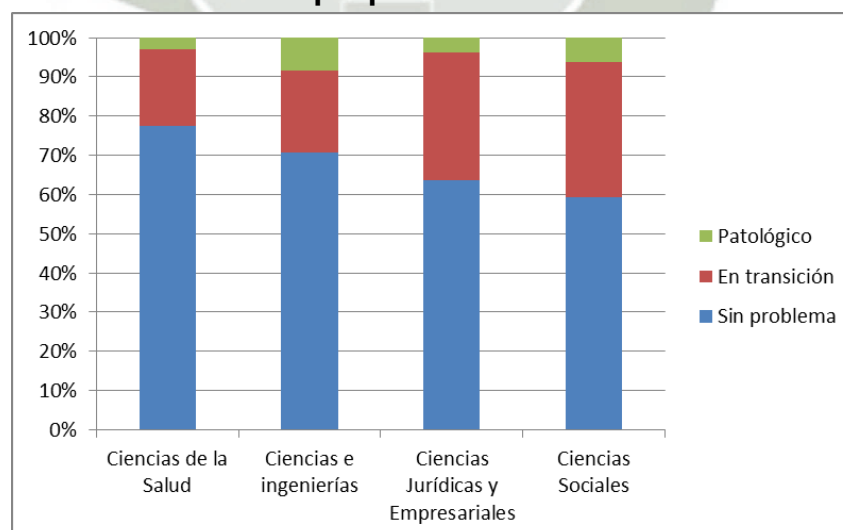
	Sin problema		En transición		Patológico		Total
Ciencias de la Salud	165	(77%)	42	(20%)	6	(3%)	213
Ciencias e ingenierías	161	(71%)	48	(21%)	19	(8%)	228
Ciencias Jurídicas y Empresariales	51	(64%)	26	(33%)	3	(4%)	80
Ciencias Sociales	19	(59%)	11	(34%)	2	(6%)	32
Total	396	(72%)	127	(23%)	30	(5%)	553

Chi cuadrado: 15.41, Grados de Libertad: 6, $p=0.0173$

Al realizar el análisis entre los casos patológicos y los que no presentan problema alguno se obtuvo los siguientes valores:

Chi cuadrado: 9.75, Grados de Libertad: 3, $p= 0.0208$

Figura 20. Asociación entre la presencia de Juego Patológico y el área al que postula



Se encontró una asociación significativa de juego patológico y al área al que postula, existiendo tendencia en el área de Ciencias e Ingenierías.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El trabajo tuvo como objetivo principal determinar la frecuencia de juego patológico y sus factores relacionados en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, durante el verano del 2015.

En total se encuestaron a 553 alumnos de dicho centro, los mismos se encontraban matriculados en horario regular, y realizando sus actividades académicas, se encuestó durante el mes de febrero, solicitando debida autorización al director del centro así como a los diferentes profesores, realizando un muestro aleatorio.

En la **Tabla y Figura 1** hallamos que, respecto a la edad la mayoría de estudiantes se encuentra en el grupo etéreo correspondiente a los 17 y 19 años, donde son un total de 338 alumnos, siendo el 61% del total de los encuestado; seguidos a estos se encuentran los que tienen menos de 17 años, formando el 34%, ellos son 188 alumnos, luego de estos están los que tienen más de 19 años, que son el 5% del total, el menor grupo etéreo. Era previsible encontrar una población en esta edad debido a que son chicos que se encuentran postulando a una carrera universitaria, la cual se encuentra inmediatamente después de acabo la educación básica, es decir el colegio. En nuestra universidad también se realizaron estudios en poblaciones de edades similares, como el elaborado por De la Cruz, donde encuestó a adolescentes de la academia Alexander Fleming quienes tenían mayoritariamente entre 16 y 18 años, el trabajo elaborado por Quintana también evaluó estudiantes preuniversitarios con un rango de edad predominante entre 15 y 17 años (79.87%). A nivel nacional, en un estudio realizado en 365 estudiantes de la

Universidad Nacional de Cajamarca tuvieron una edad promedio de 22 años (24, 26, 29). La mayoría de estudios sobre ludopatía o juego patológico no se desarrollan en adolescentes, porque de todos los trabajos encontrados en un meta-análisis de ellos solo 39% fueron efectuados en adolescentes y/o estudiantes de educación secundaria (30).

En la **Tabla y Figura 2** en relación al sexo, se encontró que la mayoría pertenece al sexo femenino, donde son 293 del total, haciendo el 53%, y el sexo masculino el resto 47%, la diferencia no es notable ni el rango sobrepasa el 5%, sin embargo esta ligera tendencia del sexo femenino sobre el masculino se ha observado a nivel mundial en estudiantes universitarios, donde se han invertido los datos en comparación de los últimos decenios, y más aún, conllevan una tendencia que va superando en moderada escala. En dos estudios de Arequipa de grupos poblacionales similares se encontró que en uno de ellos la relación entre sexo fue similar: hombres 49,89% y mujeres 50,11%; y en el otro una gran diferencia a favor del sexo masculino, 74.51% (24, 26).

En la **Tabla y Figura 3** se observa que la mayoría de los encuestados procede de la ciudad de Arequipa (72%), con una gran diferencia sobre las otras ciudades como Puno (6%), Tacna (8%), Moquegua (5%), entre otros. Actualmente, en nuestro país existe una proliferación de centros de estudios en diversas ciudades por lo que la migración estudiantil interna ha disminuido considerablemente en relación a los datos que se tenía en el siglo anterior; sin embargo esto no quiere decir, que al haber un mayor creación de centros de estudios superiores el nivel de la educación se encuentre garantizado, es más, recientes reportes de educación nos indican que esto perjudica de cierto modo a la calidad profesional.

En la **Tabla y Figura 4** se evaluaron los intentos de postulación que tienen en la universidad, 55% de los estudiantes van por su primer intento, más de la mitad, el otro gran grupo se encuentra en su segundo intento de postulación (25%); y un pequeño grupo más de 3 intentos (20%), el grado de dificultad se le podría considerar moderado, debido a que los intentos no son altos, y depende mucho de la facultad en donde se vayan a realizar los estudios, por ejemplo el caso de medicina humana, es considerado la que mayor cantidad de postulantes tiene, y por ello el grado de dificultad aumenta notoriamente. Además se encuentra reportado relaciones entre la presencia de juego patológico o ludopatía sobre su efecto negativo en el rendimiento académico de los estudiantes como el estudio realizado por Montaña Godoy (31).

En la **Tablas y Figuras 5 y 6** respecto al consumo de sustancias, evaluamos sobre el consumo de alcohol y tabaco, encontrando que 27% de los estudiantes consume alcohol de manera regular, es un porcentaje muy alto considerando la edad que tienen ellos, así como la etapa formativa en la que se encuentra, por lo que es muy dañino. Al igual que el del tabaco, con la diferencia que se encuentra en menor frecuencia 11%. En este estudio se consideró la evaluación del tabaco y el alcohol, debido a que hay que tener en cuenta que el juego patológico es un trastorno que se asocia considerablemente con altas tasas de comorbilidad con trastornos de abuso o dependencia de sustancias, en especial con el alcohol (32).

En la **Tabla y Figura 7** observamos que la mayoría de estudiantes convive con sus padres (68%), seguido por convivencia con otros familiares (18%) y viven solos 13%; como se mencionó la tasa de migración de otras ciudades para estudiar en esta, es baja por ello este dato concuerda, ya que la

mayoría se encuentra viviendo con sus familias y no alejados de ellas. Los constantes cambios que surgen en la sociedad en estos tiempos, y la “modernización de la cultura”, un seguimiento de los padres cada vez más alejado, un menor control ante la presencia de signos que nos puedan indicar que exista un problema relacionado al juego, hacen que el hecho de que ciertos de estilos vida y de la convivencia puedan influir en el posible desarrollo de un problema patológico (33).

En la **Tabla y Figura 8** se aprecia que la mayoría de postulantes provienen de colegios privados (79%), esto es un dato posible de esperar, debido a que son pocos los estudiantes que al provenir de colegios públicos, tienen los medios económicos necesarios para poder solventar una universidad particular.

En la **Tabla y Figura 9** podemos ver que la mayoría de postulantes optan por una carrera profesional relacionada a Ciencias e Ingenierías (41%) y a Ciencias de la Salud (39%) principalmente, esto puede ser a que en los últimos años ha habido un aumento considerable en la demanda de profesionales relacionados a dichas áreas.

En la **Tabla y Figura 10** se observa los juegos más practicados por los adolescentes, encontrándose a los videojuegos como primera opción, en un valor cercano a la mitad 49%, seguido a esto, el billar y casino en 5% y 4% respectivamente. Esto concuerda con la realidad observada, ya que la proliferación de centros de videojuegos y el avance de la tecnología en este campo durante el último decenio, ha convertido a muchos adolescentes de jugadores adictos, incluso se ven casos reportados sobre alteraciones en sus vidas personales, familiares, alterando su normal desarrollo.

En la **Tabla y Gráfico 11** se observa que luego de aplicar el test respecto a la evaluación del juego patológico, encontramos que la mayoría (72%) no se encuentra en riesgo, 23% están en transición, y 5% muestra probable juego patológico, previo a una evaluación psiquiátrica. Estos datos de algún modo son un poco alarmantes, puesto que aproximadamente poco menos de la tercera parte muestra niveles de juego problemático, siendo más fácil que pasen a un nivel patológico a que no tengan problemas con el juego en un futuro. En el estudio realizado en estudiantes de una academia en la ciudad de Arequipa encontró una frecuencia del 16.14% sin problemas, con posibles problemas fue el porcentaje mayoritario con 42.23%, seguido los de un problema patológico en 11.8% y finalmente en gran medida los que requieren tratamiento, que fueron cerca de la quinta parte del total (29.81%), resultados muy divergentes a los que encontramos en el presente trabajo de investigación. Más parecidos son los que se hallaron en el estudio de una población similar, donde 61.98% fueron considerados jugadores sociales, 21.73% jugadores problemáticos, y 16.29% jugadores patológicos (24, 29).

En las **Tablas y Figuras 12 y 13** se hicieron las relaciones entre la edad y el juego patológico, hallándose una relación estadísticamente significativa, existiendo una tendencia de presentar esta patología en mayores de 19 años; respecto al sexo no encontramos asociación, pese a que en algunos otros estudios si existe una correlación a favor del sexo masculino, habiendo estudios donde se constata que existen diferencias significativas al comparar las prevalencias de ludopatía entre hombres y mujeres, cuyas medias están en 5.3% y 1.3% respectivamente (30). Esta falta de asociación puede deberse a que actualmente por el avance tecnológico, las mujeres están mostrando los mismos intereses de distracción que los hombres. Al evaluar el juego

patológico en otras revisiones, se encuentra que los adolescentes tienen los índices más altos, aproximadamente 3,6% en comparación a los adultos que tienen 2.2%, esto en personas que tienen un problema patológico, en los que se encuentran en transición se halló que los adolescentes y adultos tienen 9.7% y 5.7% este problema (30).

En la **Tabla y Figura 14** se realizó la relación de juego patológico y procedencia, hallándose una asociación estadísticamente significativa entre los mismos, pudiendo considerar que los que proceden fuera de la ciudad de Arequipa tienen una mayor frecuencia en presentar este problema, destacando los departamentos de Puno, Moquegua y Cuzco. Esto quizá se encuentre relacionado a la convivencia y falta de control parental o de algún tutor, porque la misma asociación estadísticamente significativa se encuentra con las personas que viven solas.

En la **Tabla y Figura 15** se encontró una asociación estadísticamente significativa entre juego patológico y el número de intentos de postulación, existiendo una marcada tendencia con los que tuvieron mayores intentos de postulación. Existen estudios que denotan que van relacionados el rendimiento académico y la presencia de juego patológico, la misma debido a que interfiere en el proceso de aprendizaje académico, usurpando el tiempo para el cumplimiento de deberes, por ejemplo.

En las **Tablas y Figuras 16 y 17** no se encontró asociación estadísticamente significativa con el consumo de tabaco y alcohol; este dato quizá pueda tener un sesgo de respuesta, puesto que los estudiantes tal vez no fueron sinceros completamente al responder este tipo de pregunta, de repente por verse implicados en algún tipo de juzgamiento; las investigaciones previas relacionadas al juego patológico indican que los pacientes que tienen este

problema tienen una gran tendencia a tener problemas con el consumo de alcohol, u otras drogas, además de determinados trastornos de la personalidad, variable que en este estudio no fue motivo de investigación. La persona con problemas de juego patológico, al igual que la que tiene problemas con el alcohol y otros adictos, se caracteriza por no reconocer su adicción; la ilusión por poder controlar el azar, enteramente improbable, le incita a seguir jugando. Así mismo dejar de jugar, al igual que con otras drogas, implica un síndrome de abstinencia, caracterizado por cefaleas, trastornos digestivos, alteración del sueño, debilidad, sudoración, palpitaciones y temblores (35).

En la **Tabla y Figura 18** se encontró que al asociar juego patológico y convivencia si existe una relación estadísticamente significativa, hallándose la presencia de mayor frecuencia en los adolescentes que conviven solos en relación a los que lo hacen con sus padres. Hay estudios que consideran que los esquemas cognitivos en las personas influyen de manera negativa en el juego patológico, esto va relacionado a esquemas disfuncionales y estilos de crianza negativos, por lo que puede influir en la prevalencia del mismo (34). En nuestro estudio, quizá, esa elevada frecuencia en estudiantes que viven solos y que proceden fuera de Arequipa se deba a la disfunción de su familia que se debe por separarse de ella, y no necesariamente por problemas intrínsecos (34).

En la **Tabla y Figura 19** se halló relación respecto al colegio de donde procede y juego patológico, siendo más frecuente la presencia de jugador problema en los estudiantes provenientes de colegio público, pero no a nivel de un problema patológico, sino en transición. No se encontró estudios que relacionen ambas variables, aunque si existen otros en los que se hace asociación con los ingresos económicos familiares lo cual no ha sido motivo de

estudio en el presente trabajo, pero que podría estar relacionado a la procedencia educativa. En dichos estudios refieren cierta relación inversa, siendo más frecuente el juego patológico en las personas que presentaban menores ingresos económicos.

Finalmente en la **Tabla y Figura 20** se encontró una relación estadísticamente significativa con el área al que postula, existiendo tendencia de presentar el juego patológico en estudiantes que postulan al área de ciencias e ingenierías. Es notable también resaltar que existe un grupo considerable de estudiantes con el problema en transición que pertenecen al área de ciencias sociales y aunque con menos porcentaje pero cercano a los de ciencias jurídicas y empresariales. Este es un punto nuevo que no ha sido revisada antes, por lo que se tendría que considerar nuevos estudios y la posibilidad de realizar nuevas evaluaciones al respecto.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

PRIMERA: El tipo de jugador que predomina en el centro preuniversitario de la universidad católica de Santa María es el jugador problema aun no patológico. La frecuencia de juego patológico en estudiantes preuniversitarios es pequeña.

SEGUNDA: La población evaluada mayoritariamente tenía unas edades comprendidas entre 17 y 19 años, del sexo femenino, procedentes de esta ciudad, que viven con su familia.

TERCERA: Se encontró asociación con la edad, el lugar de procedencia, el número de postulaciones, la convivencia, el colegio de procedencia y al área al que postulan.

SUGERENCIAS

1. Se sugiere a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María realizar trabajos en poblaciones de menor edad, pues, la adicción a los juegos, en especial los videojuegos, comienza muy pronto en estos tiempos.
2. Se sugiere la realización de otro estudio similar, considerando la posibilidad de diagnosticar de forma precoz a potenciales jugadores patológicos, poniendo énfasis en encontrar la edad más frecuente de inicio principalmente.
3. Se sugiere a la Facultad de Medicina que tenga en consideración estudios relacionados a los tipos de personalidad, debido a que basados en estos es probable que se identifiquen con mayor facilidad potenciales estudiantes con problemas de juego patológico.
4. Se recomienda realizar campañas de educación y prevención primaria respecto al juego patológico, ya sea con charlas o campañas de concientización en instituciones educativas, centros preuniversitarios y universidades mismas, ya que solo así se evitará que aumenten los casos de Jugadores Patológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eades, John (2003). *Gambling Addiction: The Problem, the Pain, and the Path to Recovery*. Vine Books.
2. Echeburúa, E., & Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*, 521-556.
3. Petry, Nancy (September 2006). "Should the Scope of Addictive Behaviors be Broadened to Include Pathological Gambling?". *Addiction* 101 (s1): 152–60.
4. Vorvick, Linda; Merrill, Michelle (February 18, 2010). "Pathological Gambling". University of Maryland Medical Center. Retrieved April 4, 2012.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
6. Roy, Alec; Adinoff, Brian; Roehrich, Laurie; Lamparski, Danuta; Custer, Robert; Lorenz, Valerie; Barbaccia, Maria; Guidotti, Alessandro; Costa, Erminio; Linnoila, Markku (April 1988). "Pathological Gambling: A Psychobiological Study". *Archives of General Psychiatry* 45 (4): 369–373.
7. Griffiths, Mark (November 2003). "Problem Gambling". *The Psychologist* 16 (11): 582–585.
8. "Pathological Gambling: Four Risk Factors". *OnlineCasinosElite*. Apr 11, 2013.

9. Moscrop, A. (2011). "Medicalisation, morality, and addiction : Why we should be wary of problem gamblers in primary care". *British Journal of General Practice* 61 (593): 836.
10. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am j Publichealth*. 1999;89(9):1369-76.
11. Volberg RA. The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. *Am j public health*. 1994;84(2):237-41.
12. Lesieur H, Blume S, Zoppa R. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 1986;10(1):33-38.
13. Zeitlin H. Children with alcohol misusing parents. *Br med bull*. 1994;50(1):139-51.
14. CEDRO, Estudio Epidemiológico Nacional, Perú. 2010.
15. Hollander E, Buchaller AJ. Pathological gambling. *Psychiatric Clin North Am*. 2000; 23: 629-642.
16. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. 1987 Sep;144(9):1184-8.
17. Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. Second Edition, Guilford Press, New York.
18. Rojas, M. J. (2010-a). *Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias*. Un

- enfoque cognitivo-conductual y humanista. 2da. Edición, Tomo I, CONCYTEC-CEDRO, 2010, 243 pp
19. Ladouceur, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. (1994). Terapia cognitivacomportamental. Ed. Masson, Barcelona.
20. Ladouceur, R., Dube, D. & Bujold, A. (1994). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. En: Canadian Journal of Psychiatry, No. 39, pp. 289-293.
21. Tavares, H.; Zilberman, M. L., & El-Guebaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling. En: Canadian journal of Psychiatry 48:22-27.
22. Becoña, E., Labrador, F., Echeburúa, E., Ochoa, E. y Vallejo, M. A. (1995). Slotmachine gambling in Spain: An important and new social problem. En: Journal of Gambling Studies, No. 11, pp. 265-286.
23. Santos, J. A., Romero J. G., Sancho de Barros, M., Fernández, M., Cabrera, J., Quesada, C., Berrocoso, J. y Martín, J. (2008). Manual de intervención en juego patológico. Servicio Extremeño de Salud – Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas.
24. De la Cruz Sacasqui, Karina. Asociación entre tipo de juego y ludopatía en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming, enero y febrero del 2009. Tesis para graduarse de Médico Cirujano. 2009. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
25. Cuadros Tairo, Rodney. Características socioeconómicas y frecuencia de síntomas del juego patológico en usuarios de salas de juego del

- cercado de Arequipa 2011. Tesis para graduarse de Médico Cirujano. 2011. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
26. Perez K, Lozano F, Nava K y col. Juego patológico en estudiantes de una Universidad Pública peruana, 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2012; 5(2):19-21
27. Arcaya M, Martina M, Gutiérrez y col. Práctica de juegos de azar y su relación con la integración familiar en la población peruana. Rev Peru Epidemiol. 2012; 16(1): 1-7.
28. Mario A. Zapata; Yolanda Torres de G.; Liliana P. Montoya. Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín – Colombia. Adicciones. 2011; 23(1): 17-25
29. Quintana ML. Prevalencia de ludopatía y características psicosociales en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María -2008. Tesis para graduarse de Médico Cirujano. 2011. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
30. Muñoz-Molina Y. Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. Rev salud pública. 2008; 10(1): 150-9.
31. Montaña Godoy DR. La ludopatía y su influencia sobre el rendimiento académico de los estudiantes del ciclo básico del colegio experimental universitario “Manuel Cabrera Lozano”, extensión Motupe, de la Ciudad de Loja, periodo 2009 – 2010. Tesis para la obtención de grado de Licenciado en Ciencias de la Educación psicología educativa y orientación. 2009, Loja, Ecuador.

32. Jimenez-Murcia S, Granero Pérez R, Fernández-Aranda F y col. Comorbilidad del juego patológico: variables clínicas, personalidad y respuesta al tratamiento. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2009;2(4):178-189.
33. Gupta R, Pinzon JL. Gambling in children and adolescent. Paediatr Child Health 2012;17(5):263-4
34. Estévez A, Calvete E. Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. Clínica y salud. 2007; 18(1): 23-43.
35. Dominguez-Alvarez AM. Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. Apuntes de Psicología. 2009; 27(1): 3-20.





Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES
DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARÍA, AREQUIPA 2015.**

Autor:

JOSÉ CARLOS BENAVENTE ARRAYÁN

Trabajo de Investigación para optar el Título
Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2015

JUEGO PATOLÓGICO Y FACTORES RELACIONADOS EN ESTUDIANTES DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA 2015.

I. PREAMBULO

La ludopatía o juego patológico es un problema social y de salud mental que se refiere al comportamiento desadaptativo, repetido, persistente y recurrente de juego por dinero que expone a la persona a consecuencias negativas en el plano social, profesional e individual, causándole un malestar clínicamente significativo; la misma que no es una tarea ni está impuesta por una urgencia física ni moral como si fuera una necesidad real. Es considerado como un trastorno adictivo no relacionado con sustancias, antes considerado como un trastorno del control de los impulsos. La persona de forma progresiva llega a ser incapaz de resistir el impulso de jugar.

La ludopatía en nuestro medio es un problema no estudiado frecuentemente, sin embargo a nivel experiencial vemos que es un problema de salud pública desarrollado principalmente en adolescentes.

En nuestro medio, los estudiantes que aspiran a diversas carreras universitarias no tienen una evaluación psicológica o psiquiátrica previa, tampoco hay una evaluación adecuada en el aspecto de la salud mental cuando es de suma importancia, por ello es que me motiva a realizar este trabajo en estudiantes preuniversitarios.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

Enunciado del problema

¿Cuál es la frecuencia de juego patológico y sus factores relacionados en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015?

Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Juego Patológico

b. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO Y ESCALA
Juego Patológico	Cuestionario de Juego Patológico de South OAKS	Sin problema Jugador en transición Jugador patológico	Categórica Ordinal
	Tipo de Juego más frecuente	Casinos - Tragamonedas Naipes Billar Videojuegos Otro	Categórica Nominal

Factores relacionados	Edad	Menores de 17 años De 17 a 19 años Mayores de 19 años	Categórica Nominal
	Sexo	Masculino Femenino	Categórica Nominal
	Procedencia	Arequipa Puno Tacna Moquegua Cuzco Otro	Categórica Nominal
	Numero de intento de postulación	Primer Intento Segundo Intento Tres a más Intentos	Categórica Nominal
	Consumo de alcohol	SI / No	Categórica Nominal
	Consumo de tabaco	SI / NO	Categórica Nominal
	Convivencia	Solo Con padres Con otros familiares	Categórica Nominal
	Área a la que postula	Ciencias de la Salud Ciencias e ingenierías Ciencias Jurídicas y	Categórica Nominal

		Empresariales	Ciencias	
		Sociales		

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cuál es la frecuencia de juego patológico en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015?
- ¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y juego patológico de los estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015?

d. Tipo de Investigación: Observacional, transversal.

e. Nivel de Investigación: Relacional

Justificación del Problema

Relevancia Social: La ludopatía es un problema que ha ido incrementándose durante los últimos años, y van relacionados a la aparición y uso de nuevas tecnologías por lo que este problema va acrecentándose en la población joven.

Relevancia Contemporánea: Es un problema actual poco estudiado, que como se observa ha ido incrementándose con el avance de la tecnología, además de la facilidad de adquisición y uso de la misma.

Relevancia Científica y Académica: Este trabajo va acorde a las políticas de investigación de la facultad de Medicina, ya que la información que se obtenga servirá para conocer más sobre nuestra realidad, y si fuese posible hacer que esa información pueda ser impartida cuando se den las clases de Adicciones.

Factibilidad: No implica grandes gastos y se tiene accesibilidad a la población por lo que es factible para el autor.

Originalidad: No se han encontrado estudios similares en estudiantes del centro preuniversitario ni con el mismo objetivo central.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Introducción

El problema del juego o ludopatía es un impulso de jugar continuamente a pesar de consecuencias negativas perjudiciales o incluso el deseo de dejarlo. El problema del juego es a menudo

definido en sí por el daño es experimentado por el jugador u otros, en lugar de por el comportamiento del jugador. Los problemas de juegos de azar graves pueden ser diagnosticados como juego patológico clínico si el jugador cumple con ciertos criterios. El juego patológico es un trastorno común que se asocia con altos costos sociales y familiares.

El DSM-5 ha reclasificado la condición como un trastorno adictivo no relacionado a sustancias, ya que al haber sido comparado con pacientes que tienen adicciones a sustancias, presentan muchas similitudes, sobre todo con el síndrome de abstinencia que ocasiona su interrupción. El juego patológico ha sido considerado durante mucho tiempo por la Asociación Americana de Psiquiatría como un trastorno de control de impulsos en lugar de una adicción, sin embargo, los datos sugieren una relación más estrecha entre la ludopatía y la adicción a otras sustancias, en especial con la adicción al alcohol; así mismo ha sido relacionado con otros trastornos patológicos como el trastorno obsesivo-compulsivo y la depresión. (1, 2, 3)

2.2. Definición de Juego Patológico

La OMS la define como “un trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares”.

Otra definición que se da en Estados Unidos es de "aquel ser incapaz de resistir los impulsos a jugar, lo que puede llevar a consecuencias personales o sociales graves" (4).

El DSM-V ha puesto el juego patológico reclasificado como un Trastorno de la Adicción no relacionado con sustancias, definiendo al Juego patológico como "juego problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro a más de los criterios diagnósticos durante un periodo de 12 meses". (5).

2.3. Etiología del juego patológico

De acuerdo con el Instituto para la Recuperación de la Adicción de Illinois, la evidencia indica que la ludopatía es una adicción similar a una adicción química. Se ha visto que algunos jugadores patológicos tienen menores niveles de norepinefrina que los jugadores normales. De acuerdo con un estudio llevado anteriormente a cabo por Alec Roy y colaboradores, en el Instituto Nacional sobre el Abuso de alcohol y Alcoholismo, la norepinefrina se secreta bajo estrés, excitación o emoción, por lo que los jugadores patológicos juegan para compensar su baja-dosis (6).

Además de esto, de acuerdo con un informe de la División en Adicciones de la Escuela de Medicina de Harvard habían construido un experimento donde los sujetos de prueba fueron presentados con

situaciones en las que podían ganar, perder o romper incluso en un ambiente de juego de casino. Las reacciones de los sujetos se midieron utilizando resonancias magnéticas; y de acuerdo con los investigadores la recompensa monetaria en un experimento de los juegos de azar produce la activación cerebral muy similar a la observada en un adicto a la cocaína de recibir una inyección de cocaína. Sin embargo, los estudios han comparado los jugadores a los adictos dependientes de sustancias, concluyendo que los jugadores adictos muestran más síntomas físicos durante la abstinencia (7).

Las deficiencias de la serotonina también pueden contribuir a un comportamiento compulsivo, incluyendo a las adicciones al juego (8)

Algunos autores sugieren que el modelo biomédico de problemas con el juego puede ser inútil, ya que se centra sólo en los biológicos. Estos autores señalan que los factores sociales son un factor determinante más importante de la conducta de juego que los productos químicos del cerebro y sugieren que un modelo social puede ser más útil en la comprensión de la cuestión. Por ejemplo, un aparente aumento de los problemas de juego en el Reino Unido puede entenderse mejor como consecuencia de cambios en la legislación que entró en vigor en 2007 y casinos habilitados (9).

A partir de su introducción en la clasificación psiquiátrica se han desarrollado diversas líneas de investigación neurobiológica para estudiar los mecanismos etiopatogénicos del juego patológico. En este sentido destacan:

- La línea de investigación desarrollada a partir de las afinidades nosológicas del juego con otros trastornos en el control de los impulsos, que suponen la implicación de mecanismos serotoninérgicos.
- Las teorías que señalan como fundamentales el arousal (nivel de activación) y el rasgo temperamental búsqueda de sensaciones (sensation seeking), que sustentan la hipótesis de una alteración del sistema noradrenérgico.
- Las hipótesis que hacen hincapié en la relación de la ludopatía con los trastornos adictivos, y que señalan la implicación de las vías dopaminérgicas.
- Otras hipótesis: la ludopatía como un trastorno del ánimo; la ludopatía como un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo.
- Recientemente, con el desarrollo de las técnicas de la genética molecular, y teniendo en cuenta la alta frecuencia de antecedentes familiares de ludopatía en los pacientes diagnosticados de este trastorno, así como algunos hallazgos obtenidos en trastornos relacionados con el juego patológico, se están llevando a cabo investigaciones para estudiar el posible componente genético en la etiopatogenia de la ludopatía.

2.3.1. Hipótesis Serotonérgica

2.3.1.1. Factores orgánicos en el juego patológico

Numerosas investigaciones han apuntado el papel de una posible organicidad en los trastornos en el control de los impulsos, sobre todo en aquellos que muestran una conducta abiertamente violenta.

En relación al trastorno que nos ocupa, se han descrito en ludópatas diversas alteraciones en el electroencefalograma, algunas de carácter inespecífico como el déficit en la diferenciación hemisférica referido por algunos autores, similar al encontrado en niños con Attention DeJicit/Hyperactivity Disorder (ADHD), mientras que en otros estudios se objetivan alteraciones localizadas en lóbulos frontales y temporales. También se ha señalado que los jugadores patológicos tienen una mayor frecuencia de antecedentes en la infancia de haber presentado conductas relacionadas con el ADHD, así como alteraciones en determinados tests neuropsicológicos que apuntan hacia una asociación de la ludopatía con la impulsividad y la falta de atención encontrada en niños con ADHD. Algunos resultados de las exploraciones neuropsicológicas en jugadores patológicos, sugieren la existencia de una hipofrontalidad en estos sujetos (29).

2.3.1.2. Neurotransmisores y el control de los impulsos

Aunque se ha invocado el papel de diversos sistemas de neurotransmisión como el noradrenérgico y el dopaminérgico en la etiopatogenia de las conductas impulsivas (en ambos casos en el sentido de un incremento de la actividad), la hipótesis que tiene más defensores es la que implica fundamentalmente al sistema serotoninérgico; en concreto, los distintos hallazgos que se resumen a continuación apuntan a la existencia de un déficit en la transmisión serotoninérgica como elemento común en distintos trastornos del control de los impulsos:

- Niveles de serotonina y sus metabolitos en el cerebro:
Es evidente la dificultad que entraña el estudio directo sobre este Órgano, por lo que la mayoría de los estudios realizados se refieren a los hallazgos en cerebros de pacientes suicidas, cuya acción se relaciona con un déficit en el control de los impulsos. Dichas investigaciones han mostrado una disminución de las concentraciones de serotonina y de su principal metabolito, el ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) en el cerebro de estos pacientes, siendo este hallazgo más evidente en los suicidios violentos, donde se considera que existe un menor control de los impulsos.

- Receptores cerebrales: Los estudios realizados sobre muestras de cerebros de pacientes suicidas, han aportado los siguientes datos:

- Disminución de los sitios de unión a la imipramina titriada (3-H-IMI) tanto en el córtex frontal, como en el hipotálamo. Teniendo en cuenta que la imipramina se une a nivel presináptica, en los lugares asociados con la recaptación de serotonina, estos hallazgos sugieren una reducción en la función serotoninérgica presináptica.

- Aumento del número de receptores 5-HT-2 postsinápticos en el córtex frontal de pacientes suicidas, lo que se ha interpretado como una actividad compensatoria de la función serotoninérgica presináptica reducida, si bien otros autores sugieren que dichos hallazgos podrían ser de tipo primario.

- Estudios en el líquido cefalorraquídeo (LCR)

Los niveles del 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) principal metabolito de la serotonina, que se correlacionan con las concentraciones de dicho metabolito a nivel cerebral, se han encontrado disminuidos en diversos trastornos en los que está comprometido el control de

impulsos, entre los que destacan: en pacientes suicidas, siendo más bajos en los suicidios más violentos; en delincuentes con conductas impulsivas violentas, en los que los niveles de 5-HIAA correlacionaban más con el grado de impulsividad que con los índices de violencia de los delitos cometidos; en pirómanos; en pacientes con conductas auto y heteroagresivas y también en alcohólicos. Sin embargo, esta disminución de los niveles de 5-HIAA en LCR no se ha observado en jugadores patológicos (29).

- Estudios neurofuncionales con agonistas serotoninérgicos
Las vías serotoninérgicas estimulan, ya sea directamente o por mediación de otros péptidos hipotalámicos, la secreción de prolactina, hormona de crecimiento y ACTH por la hipófisis. La medición de las respuestas hormonales tras la inyección de un agonista de la serotonina es un buen procedimiento para estudiar el estado del sistema serotoninérgico en su conjunto. En este sentido destacan los siguientes hallazgos:
 - En un grupo de pacientes con intentos de suicidio impulsivos (no depresivos) se encontró una respuesta inhibida de la prolactina tras la administración de d,1, fenfluramina.

- En ludópatas, se observó, tras la administración de clorimipramina intravenosa, una respuesta inhibida de la prolactina en jugadores patológicos comparados con un grupo control sano; las respuestas del cortisol y de la GH no mostraron diferencias significativa, lo que sugiere una alteración en la función serotoninérgica, en particular una disminución de la actividad del neurotransmisor (29).

- Actividad de la enzima monoamino-oxidasa (MAO)

La MAO es una de las enzimas encargadas del metabolismo de los neurotransmisores cerebrales, y entre ellos la serotonina, considerándose la actividad MAO-B plaquetaria como una medida indirecta de la actividad serotoninérgica del sistema nervioso central.

En el contexto de los trastornos en los que está comprometido el control de los impulsos, numerosos estudios han replicado el hallazgo de una disminución de la actividad MAO-B plaquetaria en alcohólicos. También en pacientes con antecedentes suicidas se ha observado una menor actividad MAO-B plaquetaria, siendo dicha actividad enzimática menor en suicidas alcohólicos que en suicidas no alcohólicos. Hallazgos similares se han obtenido en bulimia nerviosa, fumadores, en individuos que realizan actividades de riesgo; en delincuentes impulsivos. También

se han asociado niveles bajos de MAO con rasgos de impulsividad, irritabilidad y agresividad, y con niveles elevados en el rasgo de búsqueda de sensaciones.

En jugadores patológicos, se ha evidenciado también una disminución de la actividad MAO plaquetaria. Considerando que la disminución de la actividad MAO plaquetaria se ha correlacionado con la reducción de las cifras de 5-HIAA en LCR en otros trastornos de los impulsos, es posible que la menor actividad MAO encontrada en ludópatas esté reflejando algún mecanismo patogénico inherente al déficit del control de impulsos, y que constituya un mecanismo compensador de un déficit serotoninérgico primario; de esta manera, la actividad MAO disminuida en jugadores patológicos podría considerarse más como un marcador de rasgo que de estado.

2.3.2. Hipótesis Noradrenérgica

Esta línea de investigación, que propone como hipótesis una disfunción noradrenérgica en la etiopatogenia de la ludopatía, tiene su origen fundamentalmente en los estudios de Zuckerman sobre el rasgo “búsqueda de sensaciones”, sobre el rasgo “extroversión”, basados en la teoría del arousal, así como en las investigaciones psicobiológicas sobre jugadores patológicos

llevados a cabo por el grupo de Roy y colaboradores en el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism en Bethesda (USA).

En diversos estudios psicofisiológicos se ha comprobado que durante la participación en juegos de azar se produce en todos los individuos un aumento del nivel de activación del sistema nervioso autónomo, con independencia de su grado de implicación en este tipo de conductas, es decir tanto en el juego ocasional, como en jugadores habituales no patológicos y en ludópatas. Se ha observado que dicho aumento de la activación durante el juego es superior en jugadores habituales no patológicos que en los ocasionales, y significativamente mayor en ludópatas que en el resto de los sujetos. Por otra parte los juegos que requieren una participación más activa y continuada del sujeto provocan una mayor activación respecto a otros juegos; así por ejemplo las máquinas recreativas con premio provocan más activación que apostar en carreras de caballos. Según postuló Zuckerman en 1969, cada individuo tiene unos niveles óptimos de estimulación y arousal en los que cada sujeto se encuentra subjetivamente mejor y funciona más adecuadamente, constituyendo esta hipótesis uno de los pilares básicos que sustentan algunos modelos biológicos de la personalidad, como los rasgos “introversión-extroversión” de Eysenck, y el rasgo “búsqueda de sensaciones” de Zuckerman. Cuando un sujeto se encuentra por debajo o por

encima de su nivel óptimo de activación, se produce un malestar subjetivo inespecífico que provoca en el individuo una tendencia a buscar situaciones y/o sustancias que restablezcan su equilibrio y sean capaces de aliviar dicho malestar. De esta manera los sujetos que tengan un nivel de arousal bajo tenderán a buscar estímulos que aumenten su activación para alcanzar niveles óptimos, mientras que aquéllos que tienen un nivel de arousal alto tenderán a evitar los estímulos excesivos. Esta característica individual constituye lo que Zuckerman denominó rasgo de personalidad “búsqueda de sensaciones”.

Se ha postulado que en los jugadores patológicos existiría un nivel de arousal disminuido, por lo que tendrían una necesidad o deseo de excitación para restablecer su nivel de activación óptimo, es decir, que serían individuos con un elevado rasgo búsqueda de sensaciones, en los que el juego sería el estímulo externo capaz de producirles la activación que necesitan, tanto subjetiva como fisiológica.

La implicación de la noradrenalina en la determinación biológica del rasgo búsqueda de sensaciones se basó en los resultados que apuntaban hacia una hiperactividad noradrenérgica en diferentes estudios sobre individuos con puntuaciones elevadas en dicho rasgo:

- Disminución de la actividad MAO plaquetaria. La noradrenalina se metaboliza fundamentalmente a través de

la MAO, por lo que una reducción en la actividad de esta daría lugar a un aumento de los niveles de noradrenalina.

- Aumento del 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) urinario, principal metabolito de la noradrenalina.

Teniendo en cuenta que según esta teoría los jugadores patológicos serían individuos con un elevado rasgo de búsqueda de sensaciones, la disfunción noradrenérgica hallada en otros grupos con esta característica debería estar presente también en ludópatas. En esta línea, el equipo de investigación de Roy y colaboradores estudiaron en una muestra de 24 ludópatas y en un grupo control los niveles de varias aminas y sus metabolitos en plasma, orina y en LCR; encontraron en los jugadores patológicos niveles incrementados de la eliminación de noradrenalina en la orina y también un aumento de los niveles de su metabolito, el MHPG, en el LCR. Este grupo sostiene la implicación etiopatogénica del sistema noradrenérgico como base de la ludopatía, apoyado también por observaciones recientes sobre el incremento de noradrenalina y de MHPG en LCR de jugadores comparado con controles.

En la ludopatía, al igual que en otras dependencias, se ha invocado el mecanismo de ejecución conductual como teoría explicativa del mantenimiento del juego, que establece un mecanismo neurofisiológico como fundamento de la ejecución

de una conducta, cuando dicha conducta se convierte en habitual. Cuando dicho mecanismo se activa por la presencia de estímulos que el sujeto relaciona con la conducta en cuestión, ya sean de carácter ambiental o externos al individuo (escuchar el ruido de las máquinas tragaperras, pasar por delante de una sala de juegos, etc.), como estímulos internos de tipo cognitivo (pensar en llevar a cabo dicha conducta), si la conducta no se ejecuta se produce un aumento del nivel de activación, y por lo tanto de tensión subjetiva que lleva al sujeto a completar la conducta, incluso aunque no desee hacerlo, para alcanzar de nuevo su estado basal de activación. De esta manera se explicaría que los jugadores patológicos no tengan un elevado rasgo de búsqueda de sensaciones, sino que sería la necesidad de alivio y la evitación de los estados fisiológicos negativos puestos en marcha por el mecanismo de ejecución conductual, los elementos fundamentales que explicarían la persistencia en el juego a pesar de las importantes repercusiones negativas que conlleva la ludopatía (29).

2.3.2.1. La Ludopatía como conducta adictiva: Implicación de la Dopamina

Hasta hace pocos años el concepto de adicciones incluía sólo aquellas conductas en las que el factor esencial era el consumo de una sustancia química potencialmente

adictiva, (alcohol, sustancias psicoactivas, nicotina, cafeína, etc.). Desde el comienzo de la década de los ochenta este concepto empezó a cambiar y varios investigadores comenzaron a incluir dentro del complejo grupo de las adicciones una serie de trastornos en los que no es posible identificar esa característica esencial como la obesidad y el juego patológico bajo la denominación de adicciones comportamentales, ampliándose progresivamente este concepto para dar cabida a conductas como la adicción al estrés, al ejercicio físico, a determinadas conductas sexuales, a las compras excesivas y al trabajo.

Las adicciones se pueden definir de modo general, bajo esta nueva perspectiva, como conductas que producen placer o evitan la incomodidad, con un patrón de fracaso recurrente en el control de la conducta, y una continuación de la misma a pesar de sus consecuencias negativas. Esta definición encaja de forma adecuada con el concepto de ludopatía.

Por otro lado parece haber consenso en señalar como elementos básicos en la conceptualización de las adicciones los siguientes:

- Craving: Excesiva preocupación y deseo intenso de satisfacer la necesidad que se siente de llevar a cabo la conducta adictiva.
- Pérdida de control: Dificultad para mantenerse abstinentemente o incapacidad para detener la conducta una vez que ésta se ha iniciado.
- Abstinencia: Síntomas característicos que aparecen cuando se interrumpe la conducta adictiva.
- Tolerancia: Necesidad de aumentar la implicación en la conducta adictiva (incremento de dosis en el caso de las adicciones clásicas o con sustancias químicas) para conseguir el efecto original producido por la misma.

2.3.3. Elementos a favor de la hipótesis adictiva en la ludopatía

Algunos datos que apoyarían la hipótesis de la ludopatía como una conducta adictiva se exponen a continuación:

- Elevada comorbilidad con otras adicciones: Algunos autores han encontrado hasta un 40-45% de abuso de alcohol o de otra sustancia psicoactiva en algunas muestras de ludópatas, así como un elevado índice de tabaquismo.

En cuanto a la presencia de otras adicciones químicas en los jugadores patológicos, es preciso señalar que se produce un solapamiento en tiempo y espacio, ya que el

mundo social de los jugadores patológicos y por ejemplo los bebedores excesivos están estrechamente relacionados; basta recordar que las máquinas tragaperras están situadas en bares, pubs, etc., lugares habituales de consumo de alcohol, y que en las salas de juego, bingos y casinos existe una clara disponibilidad de bebidas alcohólicas.

Por otro lado, es frecuente observar una aparición conjunta o secuencial, de distintas adicciones en el mismo sujeto, pudiéndose definir la relación entre la ludopatía y otras adicciones como recíproca, es decir, que estudios en jugadores muestran una alta frecuencia en la prevalencia de otros trastornos adictivos, y a la inversa, estudios en poblaciones de adictos han puesto de manifiesto la mayor frecuencia de problemas con el juego respecto al resto de la población.

- Presencia de mecanismos de abstinencia y tolerancia: Estas características, consideradas como fenómenos universales en el campo de las adicciones, han sido descritas también en jugadores patológicos. Los ludópatas refieren con frecuencia un malestar subjetivo en los periodos en los que pretenden dejar de jugar, que se agrava en presencia de estímulos relacionados con el juego (la música de las máquinas tragaperras, el

pasar por delante de un bingo, etc.), según el tipo de juego al que se es adicto. Este malestar consiste en un nerviosismo interior, intranquilidad, aumento de la frecuencia cardíaca, insomnio, etc., lo que se asemeja a los cuadros de abstinencia de las toxicomanías clásicas. Por otro lado, se ha propuesto como señal de tolerancia un aumento de la frecuencia cardíaca durante el juego, y una reducción de la misma más rápida en jugadores patológicos respecto a otro tipo de jugadores. Otro elemento esencial en las adicciones, ya apuntado anteriormente, es el craving, y en este sentido algunos autores han señalado que el ansia por jugar expresado por los ludópatas es equivalente al craving de los adictos a sustancias psicoactivas.

- Tendencia a las recaídas: La tendencia a la recaída es un elemento común en la ludopatía y en todas las adicciones, y representa un fenómeno clínico de gran importancia que dificulta la instauración de un tratamiento eficaz a largo plazo.
- Antecedentes de conductas relacionadas con ADHD en la infancia: Hallazgos similares a los comentados anteriormente, que han sido observados en ludópatas en relación con esta cuestión, se han encontrado

también en pacientes con adicciones químicas, tanto en alcohólicos como en adictos a otras sustancias.

- Antecedentes familiares de adicciones: En estudios sobre muestras clínicas de jugadores patológicos se ha observado hasta un 40% de conductas adictivas en familiares de primer grado, fundamentalmente de alcoholismo.
- Respuesta al tratamiento: Uno de los argumentos que se ha utilizado para hacer hincapié en la semejanza de la ludopatía con el resto de las conductas adictivas, es la respuesta favorable al tratamiento aplicado en otras dependencias, y fundamentalmente a los modelos de tratamiento psicoterapéutico, que son los más ampliamente extendidos en la actualidad.

2.3.4. Otras hipótesis con implicaciones biológicas etiopatogénicas

Algunos autores consideran que la ludopatía podría incluirse en el espectro de otras enfermedades mentales, como los trastornos afectivos o los trastornos obsesivo-compulsivos. En ambos tipos de patologías existen numerosas evidencias de la implicación biológica como fundamento en su etiopatogenia, por lo que si alguna de estas hipótesis fuera acertadas en relación a la ludopatía, las repercusiones serían de gran interés, no solo

teóricamente, sino también por las implicaciones terapéuticas que supondría. Sin embargo, los datos disponibles en la actualidad no permiten, en nuestra opinión, considerar el juego patológico como una variante o una forma de manifestarse de este tipo de trastornos.

2.3.5. La ludopatía como un trastorno del ánimo

A pesar de la elevada incidencia de cuadros depresivos en ludópatas respecto a la población general en algunos estudios llega a ser hasta del 75%, que ha llevado a algunos autores a considerar el juego patológico como una variante de la patología afectiva, la mayor parte de los cuadros afectivos observados en jugadores no son de carácter primario, sino que parecen constituir un trastorno reactivo a las consecuencias negativas del juego, y suelen mostrar una evolución rápidamente favorable de la sintomatología depresiva, sin necesidad de instaurar un tratamiento antidepresivo.

2.3.6. La ludopatía en el espectro del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

Algunos autores apuntaron esta posible relación al observar que en una muestra de 25 ludópatas, el 25% fueron diagnosticados de un trastorno obsesivo compulsivo, y por otro lado diversos teóricos empezaron a cuestionarse la homogeneidad del diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo y a considerar éste

como una entidad más amplia que constituiría un espectro continuo entre la compulsividad y la impulsividad y en el que tendrían cabida trastornos como el síndrome de Gilles de la Tourette, la tricotilomania, las parafilias, el ADHD y el juego patológico entre otros.

2.3.7. Estudio del componente genético en el juego patológico

La elevada incidencia de antecedentes familiares de ludopatía observada en los estudios sobre muestras clínicas de jugadores patológicos, que oscila según los autores alrededor del 20% en familiares de primer grado y hasta un 35% si se consideran también los de segundo grado, ha llevado a considerar el posible papel de un componente genético en el desarrollo de este trastorno, hallándose en algunos estudios que es más frecuente la presencia de Juego Patológico en gemelos monocigóticos que en dicigóticos. Por otro lado, existen evidencias de condicionamiento genético en otros trastornos que se han relacionado con el juego, como son el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, café y té, así como en la vulnerabilidad a la acción reforzante de algunas sustancias (29).

2.4. Epidemiología del juego patológico

A medida que van pasando los años, el juego patológico o ludopatía, merece más atención desde la perspectiva de la salud pública. Los estudios de prevalencia han ayudado a mejorar su comprensión, ya

que el hecho de saber a cuántos sujetos afecta, así como a qué tipo de población, nos orienta a poner en marcha adecuados programas de prevención y tratamiento (10).

Distintos estudios epidemiológicos reportan un incremento del juego patológico, paralelo al número de apuestas en el juego legalizado en las últimas décadas, así como al aumento de los distintos tipos de juego. Los expertos señalan que el aumento de juegos legalizados junto con la facilidad para jugar y la publicidad, han repercutido en la incidencia de este trastorno, ya que a más oferta de juego, más oportunidad de jugar y con ello, una mayor probabilidad de mayor número de jugadores patológicos. Varios estudios han evaluado la prevalencia del juego patológico obteniendo una tasa de prevalencia de vida que oscila entre el 2% y 3% de la población adulta española y entre el 1.5% hasta 11.2% en la población adulta de EEUU y Canadá. Igualmente, las investigaciones sugieren que la población masculina, adolescente, con comorbilidad psiquiátrica o perteneciente a minorías étnicas tiene mayor riesgo de desarrollar juego patológico. Entre otros factores de riesgo identificados en los estudios con muestras clínicas se hallan, las oportunidades de juego a temprana edad, los déficits cognitivos y tener padres con problemas de alcohol o juego patológico. En cuanto a la edad de inicio del trastorno se ha reportado que la edad de inicio se encuentra en la adolescencia o adultez temprana en los hombres, mientras que en las mujeres la edad de inicio se encuentra en la adultez media,

pero el intervalo de tiempo de desarrollo del juego patológico es menor (11, 12, 13).

En el Perú aún no se conocen datos estadísticos consistentes respecto a los patrones de juego patológico en el ámbito nacional. Si bien el estudio de DEVIDA/OEA-CICAD/ONUDD/NAS, 2006, informó sobre prevalencias, frecuencia de juego y riesgo de dependencia, se adolece de estudios posteriores que hayan considerado los mismos indicadores para establecer comparaciones. Sin embargo, en este estudio se estableció una prevalencia de vida de 37.5% y una prevalencia de año de 19.8%. Finalmente se determinó que el 9% estaba en riesgo de ludopatía, es decir 189,013 personas (14).

2.5. Sintomatología del juego patológico

Por lo general, las personas acuden a un lugar de apuestas o simplemente juegos como los videojuegos con fines de distracción o entretenimiento. Sea por azar o por un talento especial, en algún momento el jugador sentirá que la “suerte está de su lado” y eso lo impulsará a seguir apostando hasta llegar a un límite. Si pierde todo, simplemente, desencantado, puede abandonar el local para no regresar jamás, o regresará otro día pero con una cantidad de dinero predeterminada y destinada a perder sin que ello perjudique su vida personal; es decir, una cantidad que solo significa la inversión de un buen rato de relajación después de una semana ardua de trabajo, tan igual como gastaría en un teatro o en una discoteca. Es probable, que los más talentosos vean en el juego una manera de generar

dinero extra, especialmente en los juegos de naipes, pero desarrollarán este aspecto de una forma profesional, cuidarán su aspecto y medirán su inversión en forma racional. Sin embargo, sea en alguien que acude solo por entretenimiento o en alguien que posee talento para ser un jugador profesional, tarde o temprano, si poseen predisposición para la ludopatía serán presas eternas de esta enfermedad.

La ludopatía produce en el que la padece una extraña atracción que le conduce de manera impulsiva y descontrolada, a jugar cantidades desmesuradas de dinero que siempre acaba perdiendo. El afán por jugar lo conduce a pedir dinero prestado y comienza así un círculo de deudas, noches de juego y decadencia del que es muy difícil salir. Ya no le es posible dejar de jugar pues el no hacerlo le provoca un febril estado de ansiedad que solo desaparecerá cuando vuelva a apostar. Ya no es la ganancia lo que ambiciona, es el juego en sí lo que persigue, la sensación de apostar, de estar sentado frente a un tallador o a una máquina tragamonedas. No es posible parar, no hay límites, entonces la totalidad de sus ingresos se va en apuestas, en pagar deudas de juego o pago de préstamos. Acto seguido, venderán sus cosas o se privarán de servicios, incluso alimentos; y, finalmente, el robo o el fraude serán los últimos recursos. En esta situación, hechos como el suicidio o un acto criminal pueden ocurrir en cualquier momento. A la ruptura laboral y social ocurre inexorablemente la desintegración familiar. Lejos de haberse convertido en un jugador profesional de éxito, el ludópata es un

enfermo mental que termina pobre sin más destino que vivir de la caridad pública, ir a la cárcel o ingresar a un centro de rehabilitación (15).

2.6. Evaluación y Diagnóstico del juego patológico

El instrumento más habitual para detectar una "probable conducta de juego patológico" es el South Oaks Gambling Screen (SOGS) elaborado por Lesieur y Blume (1987) en el South Oaks Hospital de New York City. Este test es sin duda el instrumento más citado en la literatura científica psicológica (16).

Los criterios diagnósticos del DSM-V son una alternativa al SOGS, y se centran en las motivaciones psicológicas subyacentes al problema del juego, y fueron desarrolladas por la American Psychiatric Association. Se compone de diez criterios diagnósticos.

Criterios de diagnóstico según el CIE 10:

- Tres o más periodos de juego durante un periodo de al menos un año.
- Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria.
- Incapacidad para controlar las urgencias para jugar, combinado con una incapacidad de parar.
- Preocupación por el juego o las circunstancias que lo rodean.

Criterios de diagnóstico según el DSM V:

A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un periodo de 12 meses:

1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Esta nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (Por ejemplo, reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (Por ejemplo desamaparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar las pérdidas”).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.

9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maniaco. (5)

2.7. Tratamiento del juego patológico

2.7.1. Entrevista y psicoterapia motivacional

La entrevista y psicoterapia motivacional es un estilo de psicoterapia dirigida a trabajar la ambivalencia. Se trata de un enfoque no directivo, centrado en el cliente dentro de un marco humanista y de respeto. Se busca generar la motivación de cambio positivo a través del diálogo socrático y la inducción hacia la discrepancia de sus propios patrones de creencias y mitos en torno al juego.

Para Miller y Rollnick, y Rojas la entrevista y psicoterapia motivacional no es un conjunto de técnicas o herramientas, sino más bien es un estilo de interactuar con los clientes o consultantes. (17, 18)

Los siguientes son los principios básicos de la entrevista y psicoterapia motivacional orientado al juego patológico:

- La ambivalencia en cuanto al juego y al cambio es esperado y constituye el primer gran obstáculo motivacional importante en la recuperación.

- Un buen intento para trabajar la ambivalencia es explorar los patrones de ideas, mitos y creencias en torno al juego, así como las motivaciones y valores intrínsecos al cliente.
- La relación entre el cliente y el terapeuta es un vínculo de colaboración, fortalecida por la capacidad de escucha, el acompañamiento y las sugerencias terapéuticas.
- Un estilo de abordaje empático, de apoyo, no directivo, suele proporcionar condiciones favorables al buscar el “enganche” terapéutico y la reducción de la resistencia, dado que la evidencia sustenta que ser directivo y buscar la confrontación aumenta la resistencia del cliente.

2.7.2. Psicoterapia conductivo conductual

Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones para esta terapia (21, 22):

2.7.2.1. Terapia informativa sobre el juego:

Informar al jugador de lo que es un juego de azar y de apuestas. Esto puede sorprender a algunos clínicos; sin embargo, la mayoría de los jugadores desconocen muchos aspectos referidos a la conducta adictiva al juego de azar y el proceso de recuperación. Se pretende con ello hacer ver que el único determinante del juego es el azar; se incide en el hecho que no existe ninguna estrategia que favorezca al jugador a largo plazo. El juego genera percepciones

ilusorias de control y está concebido para ser ventajoso siempre a favor del dueño del casino o negocio y de la empresa distribuidora; en este sentido, el único perdedor siempre es el jugador (19).

2.7.2.2. Corrección de creencias erróneas

La terapia de reestructuración cognitiva se centra en la identificación de las creencias desadaptativas sobre el juego y su sustitución por pensamientos más lógicos y racionales.

Comienza entrenando al jugador a verbalizar su propio pensamiento, para posteriormente acompañar al cliente a una sesión de juego y trabajar sus verbalizaciones, con el objetivo de que detecte por lo menos el 80% de sus verbalizaciones inadecuadas.

2.7.2.3. Entrenamiento en la solución de problemas respecto al juego

El entrenamiento en la solución de problemas es un módulo extremadamente importante. Ladoucer, 1994, sugiere las pautas de D'Zurilla que comprende: a) orientación general del problema; b) definición y orientación del problema; c) enumeración de soluciones; d) aplicación de una solución, y e) verificación de la eficacia.

En este sentido el cliente debe aprender a aplicar este

procedimiento cuando se encuentra frente a una situación conflictiva (20).

2.7.2.4. Entrenamiento en habilidades sociales

El jugador aprende en forma de representación de rol a rechazar las peticiones que se le hacen, a aceptar los comentarios negativos de sus semejantes y a desarrollar una red social que le convenga.

2.7.2.5. Prevención de recaídas

La fase de mantenimiento es la más importante en el proceso de cambio. El cliente es informado sobre las posibilidades de un retorno al juego excesivo. El terapeuta le enseñará a reconocer las situaciones de riesgo y que una recaída no representa necesariamente un error irreparable, siendo una dificultad remontable

2.7.3. Tratamiento farmacológico:

Existen suficientes evidencias clínicas y ensayos clínicos que avalan la eficacia del tratamiento farmacológico como parte del abordaje multimodal del juego patológico. De todos los grupos psicofarmacológicos se han revelado como más eficaces los antidepresivos, los estabilizadores del estado de ánimo y los antagonistas opioides.

Siguiendo las recomendaciones de Grant, 2006, citado por Santos et al,

2008, el manejo de los distintos grupos de psicofármacos eficaces en el tratamiento del juego patológico se encuentra en función de características clínicas de distintos subgrupos de jugadores (23):

- Los antagonistas opioides estarían especialmente indicados en clientes con craving importante o que presenten comorbilidad con abuso/dependencia de sustancias.
- Los antidepresivos (ISRS) estarían indicados en clientes con sintomatología ansiosa o depresiva asociada.
- Los estabilizadores del estado de ánimo estarían indicados en el subtipo de jugadores con gran impulsividad o con patología correspondiente al círculo bipolar.

Existen buenos resultados cuando se combina la terapia farmacológica con la psicoterapia motivacional y/o con la psicoterapia cognitivo-conductual.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 Antecedentes locales

Título: Asociación entre tipo de juego y ludopatía en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming, enero y febrero del 2009 (24).

Tipo: Tesis para graduarse de Médico Cirujano – UCSM, Arequipa, Perú

Autor: De la Cruz Sacasqui, Karina. Año: 2009

Resumen:

El trabajo tuvo como objetivo describir la asociación entre los tipos de juego practicados por los adolescentes de la academia Alexander Fleming y su nivel de juego respectivo.

Se observó que los juegos de computadora (21,37%), internet (23,66%) y videojuegos (19,85%) son los que se practican con mayor frecuencia en comparación de los demás juegos estudiados; y, que estos mismos (46,42%) acompañados por los juegos de cartas (13,44%) y tragamonedas (12,91%) son los de mayores frecuencias consideradas como patológicos. Encontraron que existe una mayor fuerza de asociación entre los juegos de tipo estrategia y habilidad, y el nivel patológico del juego. La ludopatía como proceso patológico del ser humano, aún necesita mucho estudio para poder llegar a una comprensión y tratamiento adecuado del mismo.

Título: Características socioeconómicas y frecuencia de síntomas del juego patológico en usuarios de salas de juego del mercado de Arequipa 2011 (25).

Tipo: Tesis para graduarse de Médico Cirujano – UCSM, Arequipa, Perú

Autor: Cuadros Tairo, Rodney. Año: 2011

Resumen:

El estudio tuvo como objetivo relacionar las características socioeconómicas y frecuencia de síntomas del juego patológico en las salas de juego del Mercado de Arequipa. Se realizó una entrevista parametrada mediante una cédula de datos socioeconómicos y el cuestionario de juego patológico de South OAKS a 152 usuarios de las salas de juego del mercado de Arequipa en las instalaciones de las mismas salas. Los resultados hallados en el estudio fueron: edad promedio de 54.19 años, predominio de sexo femenino, casados 44.1%, instrucción superior 88.9%, trabajadores activos en 45.4%, ingresos económicos de la mayoría entre 1500 a 2000 soles 38.2%. En la relación de variables socioeconómicas con los probables jugadores patológicos encontramos que se relacionaron, los menores de 20 años, sexo masculino, estado civil soltero, ocupación trabajador activo. No se halló relación significativa para el ingreso económico mensual.

3.2 Antecedentes Nacionales:

Título: Juego patológico en estudiantes de una Universidad Pública peruana, 2010 (26).

Tipo: Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Vol. 5, Nº. 2, 2012, págs. 19-21

Autores: Kenny Pérez Ocampo, Felicia Lozano Delgado, Karina Nava Alarcón, Henry Delgadillo, Jhonatan Becerra, Edén Galán-Rodas

Resumen:

Objetivo: El objetivo del estudio es determinar la frecuencia de juego patológico en estudiantes de una universidad pública peruana durante el periodo 2010. El estudio se aplicó como herramientas de tamizaje el test SOGS-RA, South Oaks Gambling Screen modificado para jóvenes, para probable juego patológico y jugadores en riesgo, a 365 estudiantes universitarios. Hallazgos: Se encontró una frecuencia de 29.7% de probable juego patológico y 37.8% de jugadores en riesgo, con predominio de los videojuegos (27,6%) y el billar (18,1%). Siendo la invitación (36%) el motivo más frecuente por el que acudieron a jugar por primera vez. Con diferencias significativas respecto al sexo ($p < 0,05$), con predominio en los varones; así también, respecto al año de estudios, con predominio del primer año de estudio ($p < 0,05$). Conclusiones: Los problemas de juego patológico tienen una alta frecuencia en la población

universitaria estudiada, lo cual constituye una problemática que merece atención inmediata desde la perspectiva de la salud pública.

Título: Práctica de juegos de azar y su relación con la integración familiar en la población peruana (27).

Tipo: Revista Peruana de Epidemiología, VOL 16 NO 1 ABRIL 2012

Autores: María Arcaya, Martha Martina, César Gutiérrez, Yliana Romero

Resumen:

Objetivo: Establecer la relación entre los niveles de integración familiar y la práctica de juegos de azar en población de 12 a 64 años.

Métodos: Análisis secundario de la III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú 2006 (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA).

Se incluyó a las personas entre 12 y 64 años de edad residentes habituales de zonas urbanas del país. La práctica de juegos de azar se caracterizó analizando el módulo XV de la encuesta (preguntas 122 a 125). La integración familiar se analizó a partir del módulo V de la encuesta (preguntas 12 a 18). **Conclusiones:** Existe relación inversa entre el nivel de integración familiar y la práctica de juegos de azar en la población peruana de 12 a 64 años de edad

3.3 Antecedentes Internacionales

Título: Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín – Colombia (28).

Cita: Adicciones 2011 (23) 1 páginas: 17 - 25

Autores: Mario A. Zapata; Yolanda Torres de G.; Liliana P. Montoya

Resumen:

Objetivos: Investigar el riesgo de juego patológico y su posible relación con trastornos mentales, problemas escolares y familiares, en una población escolarizada de la ciudad de Medellín (Colombia), para orientar la atención en salud mental. Método: Estudio de corte transversal; muestra de 3.486 estudiantes de 10 a 19 años, probabilística y representativa de una población de 290.000 jóvenes. El instrumento SOGS (South Oaks Gambling Screening), fue utilizado para evaluar el riesgo y probabilidad de juego patológico; en etapa analítica se evaluó la posible asociación con trastornos mentales, uso de alcohol y drogas para juego patológico, descritas con significancia estadística de 5% y proporciones de prevalencia con intervalos de confianza del 95%. Conclusiones: La prevalencia de riesgo de juego patológico es alta para esta población y está asociada con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y problemas en la relación familiar y escolar; esta situación señala la necesidad de generar un despliegue amplio e integral de intervención preventiva y terapéutica para impactar el problema.

4. Objetivos

Objetivo general:

- Determinar la asociación entre la frecuencia de juego patológico y factores sociodemográficos de estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de juego patológico en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015.
- Determinar los factores sociodemográficos en estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015.
- Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y la presencia de juego patológico en los estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2015.

5. Hipótesis

Dado que existen ciertas características sociodemográficas que pueden influir en la presencia de juego patológico es probable que algunas de estas se encuentre asociadas a la presencia del mismo.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos:

- **Técnicas:** Encuesta tipo cuestionario
- **Instrumentos**
 - o Ficha de recolección de datos
 - o Cuestionario de Juego Patológico de SOGS-RA

2. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

El presente estudio se realizó en el campus de la Universidad Católica Santa María ubicada en la urbanización San José s/n Umacollo, ciudad Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal:

La información será recolectada durante el mes de Enero y Febrero del 2015.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por los estudiantes que estén inscritos en el centro preuniversitario de la Universidad Católica Santa María ubicada y la información que de estos se pueda obtener.

2.3.1. Población

La población está conformada por los estudiantes del centro preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.3.2. Muestra y Muestreo

Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula de tamaño muestra para muestras finitas.

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

Z= Nivel de confianza: 1.96

p= Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado: 50%

q= Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado: 50%

N= Tamaño del universo: 1500

e= Error de estimación máximo aceptado: 5%

n= Tamaño de la muestra: 306.00

3.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Alumnos con matrícula regular del centro preuniversitario de la Universidad Católica Santa María.
- Alumnos que lleven estudios de forma presencial.
- Alumnos que acepten participar del estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Alumnos que no desee participar del estudio.

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

- a. Presentación del proyecto a la facultad de Medicina Humana para su aprobación.
- b. Solicitar autorización al vicerrectorado y a la dirección del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
- c. Coordinación con los profesores y asistentes para la toma de encuestas respectivas.
- d. Aplicación de las encuestas y fichas de recolección de datos a los estudiantes.
- e. Tabular, procesar y analizar los datos recolectados.
- f. Elaborar el borrador de la tesis y presentarlo a la Facultad de Medicina Humana.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Jose Carlos Benavente Arrayán

Asesor: Dr. Ervis Alvarado

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos y cuestionario SOGS-RA. (Anexo 1)

- Computadora portátil con sistema operativo Windows 8, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos del propio autor

3.3. Validación de los instrumentos

- La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación.
- Cuestionario de SOGS-RA de Winters, Stinchfield y Fuklkerson (1993) para evaluar el probable juego patológico y el juego problemático, en la versión castellana. Este cuestionario consta de 12 ítems con dos alternativas de respuesta cada uno (SI/NO), derivado del SOGS de Lesieur y Blume (1987, 1993). Las puntuaciones del SOGS-RA proporciona tres categorías: no jugador o sin problemas de juego, jugador problema y probable jugador patológico. Por no jugador o sin problemas de juego se entiende aquel que no contesta afirmativamente a ningún ítem o sólo a uno de ellos; por jugador problemático leve a aquel que contesta a 2 ó 4 de los ítems, y probable jugador patológico al que contesta a 5 o más de ellos. El contenido de los ítems se relaciona entre otras cuestiones con la conducta del juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o pagar deudas y las emociones

implicadas. La versión original del cuestionario ha sufrido algunas modificaciones en comparación a la reciente. Este cuestionario fue validado al español por Echeburúa y cols. en 1994.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

En las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima.

3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán tabuladas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2013, y exportadas luego al programa SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones de variables categóricas se usará la prueba del Chi cuadrado, t de student para muestras relacionadas en caso de que se consideren variables cuantitativas.

Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	Enero				Febrero				Marzo			
	2015				2015				2015			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación y aprobación del proyecto	■	■										
Solicitud de autorización			■									
Recolección de datos.				■	■	■						
Tabulación, análisis e interpretación de datos.						■	■					
Elaboración del Informe final.							■					
Sustentación de la tesis								■	■			

V. BIBLIOGRAFIA:

1. Eades, John (2003). *Gambling Addiction: The Problem, the Pain, and the Path to Recovery*. Vine Books.
2. Echeburúa, E., & Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*, 521-556.
3. Petry, Nancy (September 2006). "Should the Scope of Addictive Behaviors be Broadened to Include Pathological Gambling?". *Addiction* 101 (s1): 152–60.
4. Vorvick, Linda; Merrill, Michelle (February 18, 2010). "Pathological Gambling". University of Maryland Medical Center. Retrieved April 4, 2012.
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
6. Roy, Alec; Adinoff, Brian; Roehrich, Laurie; Lamparski, Danuta; Custer, Robert; Lorenz, Valerie; Barbaccia, Maria; Guidotti, Alessandro; Costa, Erminio; Linnoila, Markku (April 1988). "Pathological Gambling: A Psychobiological Study". *Archives of General Psychiatry* 45 (4): 369–373.
7. Griffiths, Mark (November 2003). "Problem Gambling". *The Psychologist* 16 (11): 582–585.
8. "Pathological Gambling: Four Risk Factors". *OnlineCasinosElite*. Apr 11, 2013.

9. Moscrop, A. (2011). "Medicalisation, morality, and addiction : Why we should be wary of problem gamblers in primary care". *British Journal of General Practice* 61 (593): 836.
10. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am j Publichealth*. 1999;89(9):1369-76.
11. Volberg RA. The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. *Am j public health*. 1994;84(2):237-41.
12. Lesieur H, Blume S, Zoppa R. Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 1986;10(1):33-38.
13. Zeitlin H. Children with alcohol misusing parents. *Br med bull*. 1994;50(1):139-51.
14. CEDRO, Estudio Epidemiológico Nacional, Perú. 2010.
15. Hollander E, Buchaller AJ. Pathological gambling. *Psychiatric Clin North Am*. 2000; 23: 629-642.
16. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. 1987 Sep;144(9):1184-8.
17. Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change. Second Edition*, Guilford Press, New York.

18. Rojas, M. J. (2010-a). Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque cognitivo-conductual y humanista. 2da. Edición, Tomo I, CONCYTEC-CEDRO, 2010, 243 pp
19. Ladouceur, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. (1994). Terapia cognitiva comportamental. Ed. Masson, Barcelona.
20. Ladouceur, R., Dube, D. & Bujold, A. (1994). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. En: Canadian Journal of Psychiatry, No. 39, pp. 289- 293.
21. Tavares, H.; Zilberman, M. L., & El-Guebaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling. En: Canadian journal of Psychiatry 48:22-27.
22. Becoña, E., Labrador, F., Echeburúa, E., Ochoa, E. y Vallejo, M. A. (1995). Slotmachine gambling in Spain: An important and new social problem. En: Journal of Gambling Studies, No. 11, pp. 265-286.
23. Santos, J. A., Romero J. G., Sancho de Barros, M., Fernández, M., Cabrera, J., Quesada, C., Berrocoso, J. y Martín, J. (2008). Manual de intervención en juego patológico. Servicio Extremeño de Salud – Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas.

24. De la Cruz Sacasqui, Karina. Asociación entre tipo de juego y ludopatía en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming, enero y febrero del 2009. Tesis para graduarse de Médico Cirujano. 2009. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
25. Cuadros Tairo, Rodney. Características socioeconómicas y frecuencia de síntomas del juego patológico en usuarios de salas de juego del cercado de Arequipa 2011. Tesis para graduarse de Médico Cirujano. 2011. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú.
26. Perez K, Lozano F, Nava K y col. Juego patológico en estudiantes de una Universidad Pública peruana, 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2012; 5(2):19-21
27. Arcaya M, Martina M, Gutiérrez y col. Práctica de juegos de azar y su relación con la integración familiar en la población peruana. Rev Peru Epidemiol. 2012; 16(1): 1-7.
28. Mario A. Zapata; Yolanda Torres de G.; Liliana P. Montoya. Riesgo de Juego Patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín – Colombia. Adicciones. 2011; 23(1): 17-25
29. Saiz J, Ibañez A. Las bases neurobiológicas del juego patológico. Anuario de Psicología. 1999; 30(4): 47 – 65



ANEXO 2 INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nro. de ficha: _____

Carrera a la que postula:

Edad:

Sexo: (M) (F)

Procedencia:

() Arequipa

() Puno

() Moquegua

() Tacna

() Cuzco

() Otro _____

Número de intentos de postulación: ____

Consumo de alcohol: ____ veces por mes

Consumo de tabaco: ____ cigarrillos por semana

Convivencia: ____ Solo

____ Con padres

____ Con familiares

Tipo de juego que más practica:

() Casinos - tragamonedas

() Naipes

() Billar

() Juegos de video (computadora, consola)

() Otro: _____

CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO

1. ¿Qué tan a menudo has regresado algún otro día para tratar de ganar el dinero que habías perdido jugando/apostando?
 - a. Siempre
 - b. Las mayoría de las veces
 - c. Nunca
2. ¿Cuándo estuviste jugando/apostando, alguna vez le has dicho a los demás que estabas ganando dinero, cuando en realidad perdías?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Alguna vez el hecho de que juegues/apuestas te ha causado algún problema, como discusiones familiares o con amigos, o problemas en el colegio o el trabajo?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Alguna vez jugaste/apostaste más de lo que habías planeado?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿Alguna vez alguien ha criticado el hecho de que juegues/apuestas, o te ha dicho que tenías un problema con el juego/apuesta? (independientemente de que pensaras que era cierto o no).
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Alguna vez te sentiste mal acerca de la cantidad de dinero que gastaste/apostaste, o acerca de lo que pasa cuando gastas/apuestas dinero en juegos?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿Alguna vez sentiste que te gustaría dejar de jugar/apostar, pero creíste que no podrías, o incluso te sentiste mal tratando de hacerlo?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿Alguna vez has escondido de tu familia o amigos el dinero que ganaste, tickets, o algún otro signo de juego/apuesta en juegos?
 - a. Si
 - b. No
9. ¿Alguna vez has tenido discusiones familiares acerca de dinero, que se centraron en el juego/apuesta?
 - a. Si
 - b. No
10. ¿Alguna vez te prestaste dinero para jugar/apostar y no lo pagaste?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿Alguna vez te escapaste o ausentaste del colegio y/o trabajo para jugar/apostar?
 - a. Si
 - b. No
12. ¿Alguna vez tomaste dinero o robaste algo para poder jugar/apostar o pagar deudas relacionadas al mismo juego/apuesta?
 - a. Si
 - b. No

SCORE DEL SOGS-RA

Cada pregunta tiene un score de 1 (afirmativo) ó 0 (negativo).

La pregunta 1 se califica con 1 si la respuesta es "Siempre" o "La mayoría de las veces", y como 0 en los otros casos.

Cálculo según el "criterio estrecho"

Nivel 0	=	No jugó/apostó el año anterior
Nivel 1	=	Score de 1 en el SOGS-RA
Nivel 2	=	Score de 2 – 3 en el SOGS-RA
Nivel 3	=	Score > o = a 4 en el SOGS-RA

Cálculo según el "criterio ancho"

Nivel 0	=	No jugó/apostó el año anterior
Nivel 1	=	Juego/apuesta en juegos menos de 1 vez al día y SOGS-RA de 0, o menos de 1 vez por semana y SOGS-RA de 1.
Nivel 2	=	Juego/apuesta por lo menos una vez por semana y SOGS-RA de 1, o menos de una vez por semana y SOGS-RA de 2.
Nivel 3	=	Juego/apuesta al menos semanal y SOGS-RA de 2, o juego diario.

*Los cálculos para los método ancho o estrecho, vienen de Winters, Stinchfield y Kim, 1995.

**SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE JUGADORES DE SHAFER Y HALL
(1996)**

NIVEL DE JUEGO	DEFINICIÓN	INTERVENCIÓN POSIBLE	SCORE SOGS-RA (Criterio estrecho)
0 Ninguno	Nunca jugó/apostó	<input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Prevención primaria	0
1 No problema (Social)	Juega recreativamente y no experimenta ningún signo/síntoma de juego patológico.	<input type="checkbox"/> Prevención secundaria	1
2 En transición	Jugador que experimenta síntomas subclínicos o muestra problemas relacionados con el juego, puede estar progresando hacia el juego patológico o la recuperación.	<input type="checkbox"/> Prevención terciaria <input type="checkbox"/> Tratamiento temprano para detener progresión. <input type="checkbox"/> Actividades preventivas para facilitar y completar recuperación.	2-3
3 Juego patológico (Problema)	Jugador que cumple criterios de diagnóstico, como perjudicial en los dominios psicológicos o sociológicos.	<input type="checkbox"/> Prevención terciaria para minimizar el daño. <input type="checkbox"/> Tratamiento	4
4 Juego patológico que desea tratamiento	Nivel 3 más muestras de interés en entrar a tratamiento.	<input type="checkbox"/> Tratamiento	-