

El trastorno del juego y la psicopatología asociada: una revisión teórica

Grado en psicología

Autora: Cristina Condomina Soriano 45913121-S

Tutora: Juana María Bretón López

Convocatoria de Junio



UNIVERSITAT
JAUME·I

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	5
2. EXTENDED SUMMARY	7
3. INTRODUCCIÓN	9
3.1. Definición del trastorno del juego	9
3.2. Prevalencia	10
3.3. Procesos y variables asociadas: distorsiones cognitivas, toma de decisiones, regulación emocional y rasgos de personalidad	11
3.4. Trastornos asociados	12
3.5. Objetivos del estudio	14
4. METODOLOGÍA	15
4.1. Bases de datos	15
4.2. Términos de búsqueda	15
4.3. Criterios de inclusión	16
4.4. Flowchart	16
4.5. Procedimiento	18
4.6. Resultados de la codificación	18
5. RESULTADOS	19
5.1. Perfiles sociodemográficos	19
5.2. Trastornos emocionales	22
5.3. Trastornos de personalidad	27
5.4. Otros trastornos del DSM-5	29
6. DISCUSIÓN	31
6.1. Implicaciones en el tratamiento	33
7. CONCLUSIÓN	34
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
9. ANEXOS	41

1. RESUMEN

El objetivo de este estudio es determinar cuáles son los trastornos o psicopatología más asociada al trastorno del juego. Para ello, se realiza una revisión sistemática de la literatura científica de los últimos cinco años (2013-2017) mediante dos bases de datos, Scopus y Web of Science. En primer lugar se lleva a cabo una búsqueda general sobre trastorno del juego y trastornos comórbidos para obtener todos los sinónimos sobre el tema. Una vez hecho esto, se seleccionan los sinónimos más acordes con el trabajo y se utilizan como descriptores en las dos bases de datos. Tras esta segunda búsqueda más sistemática, se seleccionan los artículos por título y por abstract, eligiendo aquellos que cumplen los criterios de inclusión. Finalmente, se seleccionan 33 artículos, los cuales se analizan en profundidad para poder dar respuesta a los objetivos del estudio. La revisión de la literatura pone de manifiesto que los trastornos más comórbidos con el trastorno del juego son los trastornos emocionales como depresión, ansiedad y TEPT, así como los trastornos de la personalidad, concretamente el trastorno antisocial y el trastorno límite. Además, se comenta la relación causa-efecto sobre los trastornos comórbidos y los datos sociodemográficos que se encuentran en esta población clínica. Para terminar, se habla de las implicaciones en el tratamiento de los datos encontrados, no obstante no hay que olvidar la existencia de diferencias individuales en la manifestación clínica, por lo que es importante no categorizar a los pacientes, sino que se debe hacer una aproximación dimensional.

Palabras Clave: Trastorno del juego, comorbilidad, ansiedad, depresión y trastornos de personalidad.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine which are the disorders or psychopathology most associated with gambling disorder. For this, it does a systematic review of the scientific literature of the last five years (2013-2017) using two databases, Scopus and Web of Science. In the first place a general search is made about gambling disorder and comorbid disorders to obtain all the synonyms on the subject. Once this is done, the synonyms most appropriate to the work are selected and used as descriptors in the two databases. After this second more systematic search, the articles are selected by title and by abstract, choosing those which that meet the inclusion criteria. Finally, 33 articles have been selected, which will be analyzed in depth in order to be able to respond to the objectives of the study. The review about the literature above mentioned reveals that the most habitual comorbid disorders in gambling disorder are emotional disorders such as depression, anxiety and PTSD, as well as personality disorders, specifically antisocial disorder and limit disorder. In addition, the cause-effect relationship about the comorbid disorders has been commented and sociodemographic data found in

this clinical population have been explained. Finally, we will deal with the implications in the treatment from the data obtained. Nevertheless we must not forget about the existence of individual differences in the clinical manifestation, so it is important not to categorize the patients, but we must develop a dimensional approximation.

Keywords: Pathological gambling, comorbidity, anxiety, depression and personality disorders.

2. EXTENDED SUMMARY

The aim of this study is to determine which of the disorders are more comorbid with gambling disorder. In addition, it is intended to detail the sociodemographic profiles of this population, what is the relationship between gambling disorder and concomitant disorders and what are the implications in treatment. Thus, professionals in this field can have a more up-to-date knowledge of it and diagnoses and interventions can become more effective, which will benefit patients and reduce the health costs on of this pathology.

First, a general search has been carried out about gambling disorder and comorbid disorders with a view to knowing which are all the synonyms used are and choose the most relevant synonyms for the study. Once this has been done, it has been conducted a review of the scientific literature published in past five years (2013-2017) in two databases, Scopus and Web of Science using as descriptors the synonyms selected in the general search as descriptors, for instance "Gambling disorder", "Pathological gambling", "Psychological disorder", "Psychiatric condition", "Anxiety", "Depression", "Personality disorder" and "Impulsive control disorder". Particular, the first three examples are the synonyms of gambling disorder and the rest are those that referring to comorbid disorders. In addition, the research was limited to articles, reviews and printed articles published within the field of psychology.

In the Scopus database, 390 articles were obtained, 25 of which were selected considering that they met the inclusion criteria. On the other hand, 28 studies were obtained from Web of Science, two of whom were duplicated, namely, they had been previously selected in Scopus. Consequently, 8 articles were selected out of 26. Thus, a total of 383 studies were excluded owing to the fact that they did not meet the inclusion criteria.

The inclusion criteria specified are, therefore that there is, indeed a relationship between gambling disorder and other disorders or psychopathologies, as that is what our work focuses on; That the population on which the study is based on is over 18 years, since adolescence is a transit stage and seeks clarity in the results; That the articles are pure of psychology, namely, that they do not treat subjects of genetics, cerebral structures or pharmacology. Additionally, as a last criterion, that the aforementioned articles have been published either in English or Spanish witch are the languages managed.

From each of the studies that met the inclusion criteria, the following information was extracted: author (s) and year of publication, sample, results and conclusions.

Thus, it has been observed that what the literature reveals is that gambling disorder co-occurs with depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, alexithymia, antisocial disorder, borderline personality disorder, schizophrenia, bulimia nervosa, binge eating disorder, and attention deficit hyperactivity disorder.

So as to be coherent and more visual to understand it, it has been convenient to organize the information in to blocks, that is to say, a first block would be on the subject of sociodemographic data, whereas the second one, will be concerned on emotional disorders (depression, anxiety, alexithymia and Post-traumatic stress disorder) A third block on personality disorders (antisocial and limit) and, lastly, a fourth block on other disorders (schizophrenia, bulimia nervosa and binge eating disorder).

As soon as it is done, a discussion is carried out about the data obtained as to discuss the possible implications of treatment and finally conclude the work, exposing the strengths and limitations of it and proposing other future lines of work.

3. INTRODUCCIÓN

3.1. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DEL JUEGO

El trastorno del juego es un trastorno progresivo y crónico que se caracteriza principalmente por la pérdida de control sobre el propio comportamiento, es decir, los jugadores patológicos no pueden resistir el deseo o impulso de jugar a pesar de tener consecuencias psicosociales devastadoras para la persona implicada y su familia. Es común una sensación creciente de tensión o activación antes de realizar el acto pero dicha sensación va cambiando inmediatamente después, momento en el que aparecen los sentimientos de culpa y vergüenza (Becoña, 1993).

En el DSM-IV, el trastorno del juego se encontraba clasificado en los Trastornos de control de impulsos junto con el Trastorno Explosivo Intermitente, la Cleptomanía, la Piromanía y la Tricotilomanía. Además, se utilizaba “juego patológico” para referirse a él, pero en la nueva edición, se cambia a “trastorno del juego” y abandona este capítulo para ser incluido en los Trastornos relacionados con sustancias y adictivos, concretamente en los Trastornos no relacionados con sustancias. Esta nueva clasificación es debida a la evidencia de que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas de abuso y producen algunos síntomas conductuales que parecen comparables a los producidos por los trastornos por uso de sustancias (Romanczuk, Mörsen y Heinz, 2016).

Según el DSM-5 (2014), para ser considerado trastorno del juego, el sujeto debe presentar 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. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej. 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 (p. ej. Desamparo, 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.

Otro aspecto a tener en cuenta es que su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco. Además, hay que especificar tres puntos, el primero, diferenciar si el trastorno es persistente o episódico, es decir, si el sujeto experimenta los síntomas continuamente o se apaciguan durante varios meses por lo menos entre periodos de trastorno del juego. En el segundo punto, se especifica si la remisión es inicial (no presenta síntomas durante un mínimo de tres meses pero sin llegar a los doce meses) o continuada (no presenta síntomas durante doce meses o más) una vez haya cumplido los criterios de trastorno del juego. Y por último, hay que detallar la gravedad actual del trastorno: leve si cumple 4-5 criterios, moderado si cumple 6-7 criterios y grave si cumple 8-9 criterios.

3.2.PREVALENCIA

Por lo que respecta a la prevalencia del trastorno del juego, se ha observado que probablemente aumentará en los próximos años debido a dos factores: el aumento de las posibilidades de jugar en línea a través de Internet y el crecimiento de las actitudes liberales hacia el juego. Esto ha provocado que la sociedad esté cada vez más preocupada por este asunto (Van den Bos et al., 2013). Algunos datos a destacar según Rizeanu (2015), son los siguientes: se estima que entre el 60% y el 80% de la población adulta y adolescente de los Estados Unidos ha participado en alguna forma de juego, además los datos epidemiológicos sugieren que el 27% de los adultos han apostado más de 100 veces en su vida y que el 10% ha apostado más de 1000 veces. En este mismo estudio se comenta que, aunque el juego sigue siendo una actividad recreativa para la mayoría de las personas, puede convertirse en un problema importante para algunos. En este sentido, se ha observado que la prevalencia de trastorno del juego en toda la vida oscila entre 1,4 y 2% para los Estados Unidos y Canadá, tasas que son comparables o algo menores en los países de Europa Occidental. A pesar de todo esto, menos del 10% de los pacientes con problemas de juego buscan tratamiento (Rizeanu, 2015), sin embargo hay tratamientos empíricamente validados que han demostrado que funcionan.

Aunque se tienen datos de que la prevalencia del trastorno del juego va a aumentar en los próximos años, otra cuestión importante es conocer en qué perfiles de la población hay más riesgo. Según Romanczuk et al. (2016) los factores de riesgo más importantes son los siguientes: el sexo masculino, la edad joven, la historia de migración, el desempleo, un bajo ingreso familiar, un nivel bajo de

educación y los problemas relacionados con los juegos de azar en la familia. Todo ello aumenta las probabilidades de desarrollar trastorno del juego, sin embargo, no significa que necesariamente se desarrolle. Además, estas características pueden servir para encontrar comorbilidades.

3.3.PROCESOS Y VARIABLES ASOCIADAS: DISTORSIONES COGNITIVAS, TOMA DE DECISIONES, REGULACIÓN EMOCIONAL Y RASGOS DE PERSONALIDAD

Ahora bien, el trastorno del juego es un trastorno muy complejo que consta de varias características. La literatura da una importancia especial a la existencia de distorsiones cognitivas en este trastorno, las cuales desempeñan un papel clave en el desarrollo y mantenimiento del mismo. Sin embargo, no existe un consenso sobre cómo medir e identificar con precisión las distorsiones relacionadas con el juego, por tanto no existen unas distorsiones definidas que nos indiquen cuáles son las más frecuentes en los jugadores patológicos. Aún así, varios instrumentos que miden las distorsiones cognitivas, coinciden en que la ilusión de control y la falacia del jugador son muy frecuentes (Goddie y Fortune, 2013). La ilusión de control es la tendencia que tienen los jugadores de creer que pueden controlar, o al menos influir en los resultados del juego, cuando realmente no tienen ninguna influencia. En particular confunden los juegos de azar, donde no hay control sobre el resultado, con los juegos de habilidad, donde se puede ejercer un control efectivo para mejorar las posibilidades de ganar, lo que les hace sobreestimar sus posibilidades. Por otro lado, en la falacia del jugador, hay una creencia errónea de que los eventos pasados pueden afectar a los futuros en lo referente a las actividades aleatorias. Todos los instrumentos revelan diferencias entre los jugadores no patológicos y los patológicos, por lo que sugiere el gran impacto de las distorsiones cognitivas (Goddie y Fortune, 2013; Barrault y Varescon, 2013).

La toma de decisiones también juega un papel muy importante en el trastorno del juego ya que las alteraciones en los procesos que subyacen a la toma de decisiones suelen llevar a la incapacidad de tomar buenas decisiones a largo plazo. Así pues, los jugadores patológicos siguen apostando a pesar de que dicha actividad perturba su vida personal, profesional o financiera. De hecho, en la tarea Iowa Gambling Tasks que hay un proceso de toma de decisiones, se correlaciona con la gravedad del trastorno del juego, pues los jugadores patológicos fracasaban estrepitosamente al llevarla a cabo (Van den Bos et al., 2013). Además, se observa una correlación negativa significativa entre la toma de decisiones y las distorsiones cognitivas, es decir, si hay distorsiones cognitivas, la toma de decisiones será peor (Ciccarelli, Nigro, Griffiths y Cosenza, 2016).

Entonces, tanto las distorsiones como la toma de decisiones son usuales en el trastorno del juego pero también son características comunes a otros trastornos psicológicos, es decir, el trastorno del juego tiene características transversales a otros trastornos emocionales/psicológicos, por lo que no dista tanto en algunos aspectos de otros trastornos. En este sentido, hay un estudio de Jauregui, Estévez y Urbiola (2016), que va más allá, es decir, los autores parten de que el trastorno del juego está asociado a otros trastornos como la ansiedad o la depresión, y comparten características en cuanto a la regulación emocional, pues puede ser uno de los factores relacionados con la presencia de trastornos adictivos como el trastorno del juego y con la sintomatología comórbida. Así pues, se concluyó que los jugadores patológicos en relación a los no jugadores, presentan mayores dificultades de regulación emocional, así como más ansiedad y depresión. Además, esta variable no solo se correlaciona con el trastorno del juego, la ansiedad y la depresión, sino que también puede predecir dichos trastornos. Estos resultados son importantes porque sugieren que las dificultades de la regulación emocional pueden proporcionar claves para comprender y tratar tanto el trastorno del juego así como los trastornos comórbidos.

Teniendo en cuenta estos aspectos, también se vuelve necesario examinar las características de personalidad que presentan los jugadores patológicos, que además de estar presentes en distintos trastornos psicológicos, también lo está en los trastornos del juego. Así pues, en un estudio que se plantea dicho propósito, se observa que el grupo de sujetos diagnosticados de trastorno del juego era muy heterogéneo, es decir, no hay una “personalidad general del jugador” (Myrseth, Pallesen, Molde, Havik y Notelaers, 2016). Ahora bien, la impulsividad ha sido señalada como un factor relevante al desarrollo y mantenimiento del trastorno del juego. Tras comparar jugadores patológicos y controles, se ha visto que estos últimos eran menos impulsivos (Flórez et al., 2016). Por otro lado, en el estudio de Bagby, Vachon, Bulmash y Quilty (2008), se ha visto que hay una fuerte asociación entre el trastorno del juego y los trastornos de personalidad, siendo los trastornos del cluster B los más representativos. Además, los trastornos de personalidad se asocian con la severidad del juego, es decir, la presencia de un trastorno de personalidad agrava la situación del trastorno del juego.

3.4. TRASTORNOS ASOCIADOS

Shultz, Shaw, McCormick, Allen y Black (2016) tuvieron en cuenta las experiencias pasadas de los sujetos que desarrollaron trastorno del juego. Concretamente investigaron los individuos con trastorno del juego que experimentaron maltrato infantil y lo que vieron es que las tasas de maltrato fueron significativamente mayores en los sujetos con trastorno del juego. Además los sujetos con trastorno del juego que fueron víctimas de maltrato en su infancia solían ser mujeres, las cuales tenían síntomas de trastorno del juego más severo. También tenían estados de ánimo y trastornos de ansiedad

coexistentes y reportaron una mayor disfunción temprana de la vida familiar que aquellos con trastorno del juego que no experimentaron maltrato. Estos datos concuerdan con otro estudio en el que se observa que el trastorno del juego presenta psicopatología concurrente, en particular, el estado de ánimo, la ansiedad y los trastornos por uso de sustancias han demostrado ser frecuentes en esta población en relación con los no jugadores. Las tasas de episodio depresivo mayor (37,0%), la distimia (13,2%), la fobia específica (23,5%), la ansiedad generalizada (11,2%), los trastornos por consumo de alcohol (73,2%) y otros fármacos (38,1%) fueron significativamente elevadas en los jugadores patológicos (Toneato y Pillai, 2016). Según Barrault y Varescon (2013), que tenían como objetivo evaluar la ansiedad y la depresión entre jugadores patológicos, problemáticos y no patológicos, también vieron que los jugadores patológicos tenían niveles más altos de ansiedad y depresión.

La mayor comorbilidad del trastorno del juego se da con la depresión y la ansiedad, pues la base de estos trastornos es la regulación y competencia emocional, tal como se ha comentado anteriormente. Entonces, se encontrará más comorbilidad con el trastorno del juego y trastornos que estén vinculados a esta regulación y competencia emocional.

Otro aspecto importante es que la comorbilidad del juego con la depresión, también está vinculada a la posibilidad de que los sujetos tengan ideaciones suicidas, entonces tienen un mayor riesgo de llevar a cabo eventos suicidas. Así pues, un estudio realizado por Bischof et al. (2016) analiza si el tipo de juego está asociado con eventos suicidas independientemente de la comorbilidad. Lo que se observa es que las máquinas de juego electrónicas en las salas de juego o en los bares se asocian con más probabilidades de eventos suicidas. Otra clase de juegos como los juegos de casino o las apuestas deportivas no se asociaron de forma significativa con eventos suicidas. Entonces, esto indica que el tipo de juego debe ser considerado como un factor relevante en la investigación (Bischof et al., 2016).

El trastorno del juego no solo afecta al propio sujeto, sino que también influye a su entorno, como puede ser la familia. Pues bien, según Black et al., (2015) el riesgo de suicidio también es elevado en los familiares de los individuos con trastorno del juego, sobre todo en su descendencia, es decir, los hijos de los sujetos que sufren trastorno del juego tienen más riesgo de suicidio que el resto de la familia. Es importante tener en cuenta estos datos para el tratamiento, ya que como la conducta suicida se extiende más allá del individuo con trastorno del juego, debemos incluir a la familia en el proceso terapéutico y de recuperación.

Otras complicaciones coexistentes con el trastorno del juego son los problemas legales, así pues, en el estudio de Romanczuk et al., (2016), se investigó la relación entre el trastorno del juego y el comportamiento delincuente pero éste último no se consideró un factor suficientemente discriminatorio para el trastorno del juego. Aún así, existe una correlación entre delincuencia y el

comportamiento del juego, es decir, aquellos sujetos con trastorno del juego tienen una cierta tendencia a delinquir. Por lo tanto, no solo se tienen que tener en cuenta las consecuencias psicosociales del trastorno del juego, sino que también se deben considerar los actos ilegales que se pueden cometer.

3.5.OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Todos los datos vistos anteriormente reflejan la complejidad del trastorno del juego, pues presenta múltiples características, entre ellas las distorsiones que sufren los sujetos, la alteración en la toma de decisiones y la mala regulación emocional. Además la prevalencia de trastorno del juego cada vez es mayor y no se distingue un perfil de personalidad concreto, solo destaca la impulsividad como factor contribuyente y mantenedor de la patología. Asimismo, se han distinguido factores de riesgo como ser joven, de género masculino, el desempleo, las experiencias pasadas o la historia familiar, por lo que todos ellos deben tenerse en cuenta. Ahora bien, lo que está realmente claro, es que hay una fuerte asociación entre el problema de juego y una serie de trastornos emocionales. Por esta alta comorbilidad, es de interés centrarse en este punto y poder ofrecer una visión sobre la relación entre el trastorno del juego y los trastornos psicopatológicos, así como acercarnos a conocer mejor la relación causa-efecto entre ellos. También sería importante investigar más sobre los perfiles de la población que más afectada está por esta comorbilidad ya que esto permitirá indagar sobre las implicaciones de tratamiento, ya sea para el propio individuo como para sus familiares.

El **objetivo general** del presente estudio es analizar la comorbilidad existente entre el trastorno del juego y los trastornos psicopatológicos. Por otro lado, los **objetivos específicos** son:

1. Estudiar los perfiles sociodemográficos de la población que sufren trastorno del juego y otro trastorno psicológico.
2. Aproximarnos a examinar la relación causa-efecto entre el trastorno del juego y los trastornos psicopatológicos.
3. Indagar sobre las implicaciones de tratamiento.

4. METODOLOGÍA

4.1. BASES DE DATOS

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron dos bases de datos: Scopus y Web of Science. Esta elección es porque Scopus es una base de datos muy amplia, con muchas herramientas y combina los términos de búsqueda para abarcar más documentos. En ella, se pueden encontrar resúmenes, actas de congresos, páginas web científicas y otros recursos de investigación. También recoge referencias citadas de más de 15.000 publicaciones periódicas procedentes de 4.000 editores internacionales. Además, busca por tres campos: título, key words y abstract. Por otro lado, Web of Science es una base de datos bibliográfica y bibliométrica que contiene referencias, resúmenes de autor e índices de citaciones. Este portal lleva a cabo la búsqueda por el título y con el término completo, así pues, se encuentran documentos más específicos del objeto de estudio.

4.2. TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

En primer lugar, los sinónimos que se obtuvieron sobre el trastorno del juego fueron 11, y los sinónimos que se consideraron sobre la psicopatología fueron 7. Ambos grupos de sinónimos quedan plasmados en los anexos.

Después se escogieron aquellos sinónimos que más se ajustaban a este estudio y la búsqueda bibliográfica se realizó en enero de 2017 en Scopus utilizando los siguientes descriptores:

- Gambling disorder
- Pathological gambling
- Gambling addiction
- Psychological disorder
- Psychiatric condition
- Anxiety
- Depression
- Personality disorder
- Impulsive control disorder

La búsqueda se limitó a artículos, revisiones y artículos impresos publicados dentro del campo de la psicología. Además se acotaron los años, desde 2012 hasta 2017. Los registros obtenidos fueron 390 tras la combinación de las diferentes palabras clave, quedando esto reflejado en anexos.

Por lo que respecta a la base de datos Web of Science se realizó la búsqueda avanzada en enero de 2017 con los mismos términos y con el mismo periodo de tiempo, siendo 28 los registros alcanzados. La búsqueda exacta se puede encontrar en los anexos.

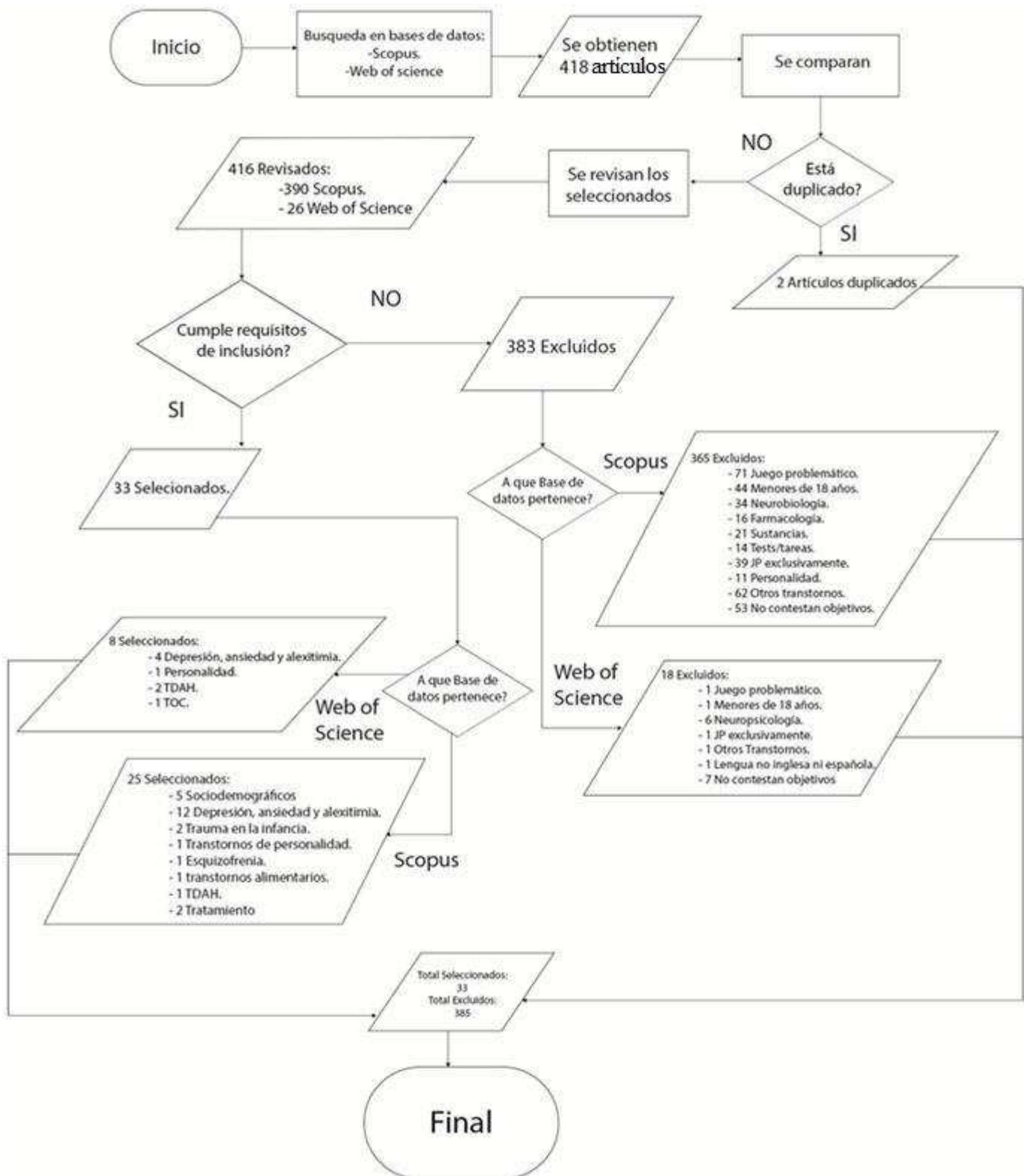
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

A la hora de seleccionar los documentos, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Relación entre trastorno del juego y otros trastornos o psicopatología, pues es en lo que se centra el trabajo. Excluyendo aquellos que traten sobre juego problemático, sustancias adictivas o que sean de otras áreas de conocimiento.
- Población adulta, es decir, más de 18 años, ya que la adolescencia es una etapa de tránsito y se busca claridad en los resultados.
- Puros de psicología, es decir, que no traten temas de genética, estructuras cerebrales o farmacología.
- Publicados en inglés o español, pues son los idiomas que dominamos.

4.4. FLOWCHART

Al realizar la búsqueda en las dos bases de datos, se obtuvieron 418 trabajos en total, siendo 390 de Scopus y 28 de Web of Science. En la búsqueda de Web of Science que se hizo después que la de Scopus, se encontraron 2 artículos que ya habían sido seleccionados de Scopus, por lo tanto se eliminaron estos dos duplicados, quedando un total de 416 artículos. Tras revisar este conjunto de artículos analizando título, abstract y keywords, se excluyeron 383 por no cumplir criterios, concretamente, 365 de Scopus y 18 de Web of Science. Por lo que respecta a los incluidos en la revisión sistemática, 25 son de Scopus y 8 son Web of Science de los cuales se analizó el artículo completo.



4.5. PROCEDIMIENTO

En primer lugar, se buscaron trabajos publicados sobre trastorno del juego para identificar todos los sinónimos que se utilizan para este término y lo mismo se hizo con el término de psicopatología en el que estábamos interesados en el trabajo. Después se escogieron aquellos sinónimos que más se ajustaban a este estudio para utilizarlos como descriptores, siendo 3 para referirse al trastorno del juego (gambling disorder, pathological gambling & gambling addiction) y 6 para referirse a la psicopatología (psychological disorder, psychiatric condition, anxiety, depression, personality disorder & impulsive control disorder). Se realizó la búsqueda en las bases de datos comentadas anteriormente en enero de 2017 y se seleccionaron los artículos que cumplían los criterios de inclusión. Cuando hubo dudas sobre si los estudios cumplían estos criterios, se analizaron por dos revisores y se seleccionaron o descartaron por consenso. De la base de datos de Scopus se seleccionaron 25 artículos de 390 y de Web of Science se escogieron 8 de 28. Una vez hecho esto, se clasificaron los artículos según el trastorno o psicopatología del que se hablaba y se analizaron para exponer los principales resultados.

4.6. RESULTADOS DE LA CODIFICACIÓN

De cada uno de los estudios que cumplían los criterios de inclusión se extrajo la siguiente información:

- Autor (es) y año de publicación.
- Muestra.
- Resultados.
- Conclusiones.

5. RESULTADOS

Para facilitar el estudio de los resultados, se clasificaron los artículos seleccionados según el trastorno o patología de la que se hablaba, tal como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. *Artículos seleccionados según el trastorno.*

Trastorno comórbido	Resultado
Datos sociodemográficos/factores de riesgo	5
Depresión/ansiedad/alexitimia	17 (1 duplicado) = 16
Trauma infantil	2
Personalidad/impulsividad	3 (1 duplicado) = 2
Esquizofrenia	1
Trastornos alimentarios	1
TDAH	3
TOC	1
Tratamiento	2

Tras revisar los artículos, se procede a explicar los datos que se han obtenido en cada uno de ellos con la finalidad de especificar los perfiles sociodemográficos que se observan en los jugadores patológicos que sufren un trastorno concomitante. Además, se describe la comorbilidad que hay y se define qué tipo de relación existe entre el trastorno del juego y cada cuadro clínico, es decir, cada trastorno concreto o psicopatología. Para ello, se ha creído conveniente dividir por apartados la información según la patología de estudio. Finalmente se comentan las posibles implicaciones de tratamiento.

5.1. PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS

Según el estudio de Jiménez-Murcia et al. (2016), el hecho de que el trastorno del juego empiece a una edad temprana, influye a la hora de reportar trastornos comórbidos. Otros factores que influyen según el mismo estudio son: la mayor severidad en los síntomas y que el sujeto tenga ciertos perfiles de personalidad. Además, el sexo también influye, pues los hombres empiezan a jugar durante su juventud (15-19 años), mientras que en las mujeres la edad de inicio es posterior (20-24 años). En cambio, en las mujeres crece el porcentaje a los 40-44 años y a los 50-54, tal como se muestra en la figura 1. Sin embargo, ocurre más rápidamente en las mujeres que en los hombres a pesar de su aparición más tardía (Black et al., 2015). Así pues es una variable que podría afectar de forma

indirecta a la aparición de comorbilidades en el trastorno del juego. Además, las mujeres buscan más rápidamente ayuda que los hombres y presentan trastornos comórbidos diferentes (Sinclair, Pasche, Pretorius y Stein, 2015). Según el estudio de Black et al. (2015), los hombres tienen más probabilidades de tener trastornos por uso de sustancias, trastornos de control de impulsos, trastorno de personalidad antisocial, TDAH y trastorno de ansiedad social. En cambio, las mujeres suelen tener depresión y ansiedad. Esto concuerda con el estudio de Sinclair et al. (2015), que dice que las jugadoras patológicas eran significativamente más propensas a ser diagnosticados con un trastorno depresivo mayor comórbido o un trastorno de ansiedad generalizada que sus homólogos masculinos.

Por otro lado, el estudio de Granero et al. (2014), comenta que cuanto mayor es el paciente, más trastornos comórbidos tiene, en cambio cuanto más joven es el paciente, menos probable es que tenga un trastorno comórbido y una ideación suicida. Así pues, sugiere que la edad desempeña un papel significativo en la moderación de la existencia de trastorno del juego y psicopatología general.

El estudio de Medeiros, Sampaio, Leppink, Chamberlain y Grant (2016), comenta que la calidad de vida también influye a la hora de presentar ciertos trastornos o psicopatología como la ansiedad. Así pues, aquellos jugadores patológicos que lleven un mal funcionamiento en general son más vulnerables a sufrir comorbilidades. Según el estudio de Echeburúa, González-Ortega, Corral y Polo-López (2013), los jugadores patológicos con un menor nivel educativo, desempleo y estatus socioeconómico bajo, también eran más vulnerables a desarrollar trastornos comórbidos. Como rasgos de personalidad, ser ansioso, impulsivo, buscar novedades y tener baja autoestima, son factores que favorecen la aparición de trastornos. Entonces, parece ser que la severidad de los síntomas y la personalidad impulsiva sean factores de riesgo más importantes, pero el inicio temprano en el juego y la mala calidad de vida también influyen a la hora de reportar comorbilidades, tal como se muestra en la figura 2.

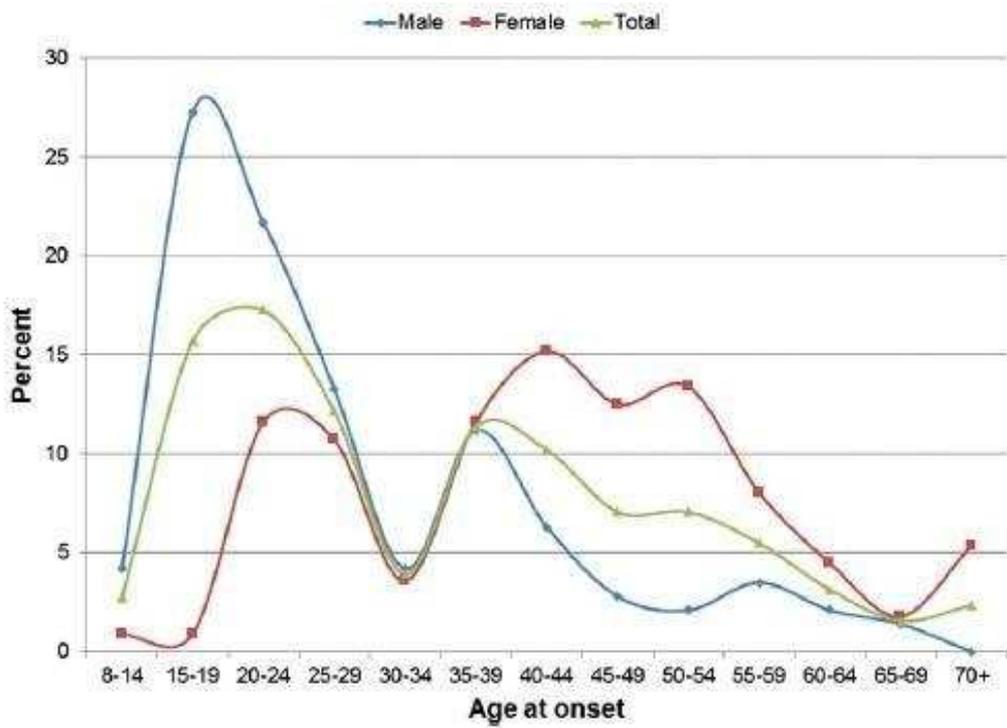


Figura 1. Edad de inicio según el sexo de los sujetos. Información extraída de Black et al., (2015).

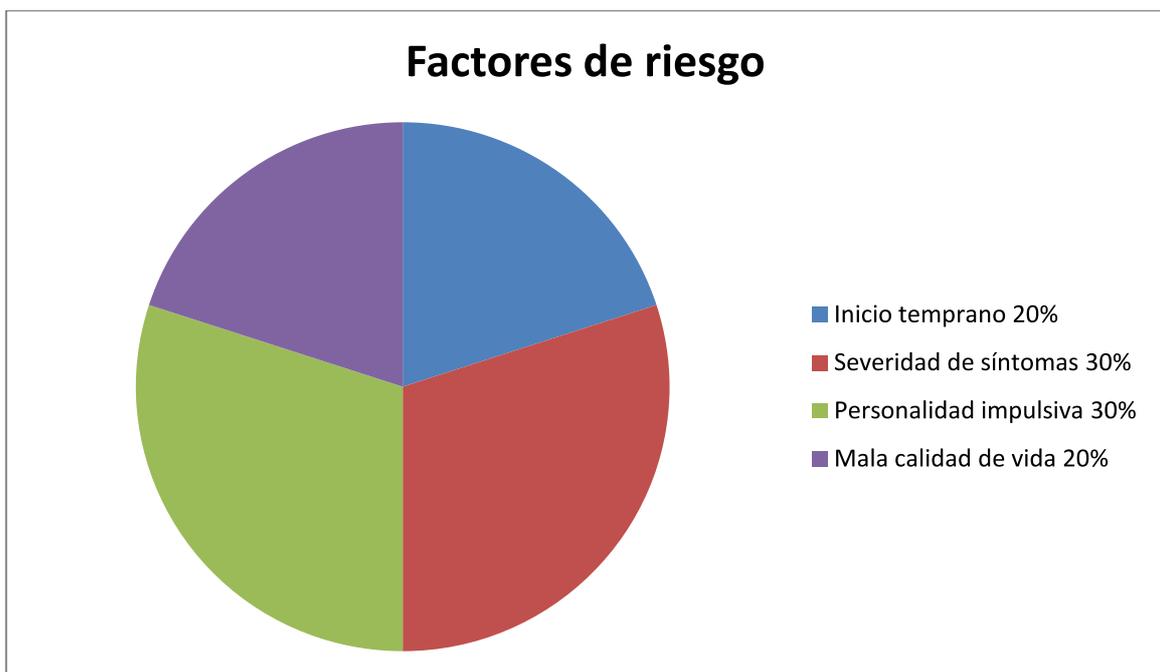


Figura 2. Principales factores de riesgo para las comorbilidades del trastorno del juego. Información extraída de varios estudios (Black et al., 2015; Echeburúa et al., 2013; Jiménez-Murcia et al., 2016; Medeiros et al., 2016).

5.2. TRASTORNOS EMOCIONALES

En primer lugar, se ilustran los resultados obtenidos sobre depresión y ansiedad, pues se ha encontrado en la literatura que son los trastornos más asociados al trastorno del juego, junto con el abuso de sustancias. Así pues, según el estudio de Sinchair et al. (2015), los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes en el trastorno del juego fueron el trastorno depresivo mayor (28%) y los trastornos de ansiedad (25,5%).

5.2.1. Depresión

Dos estudios (Assanangkornchai, Mcneil, Tantirangsee y Kittirattanapatboon, 2016; Bojana y Ledgerwood, 2012) comentan que la asociación entre trastorno del juego fue más fuerte con el episodio depresivo mayor. Esto concuerda con el estudio de Takamatsu, Martens y Arteberry (2016), que encuentra tasas de depresión más altas (38,6%) en los jugadores patológicos. El estudio de Moghaddam, Campos, Myo, Reid y Fong (2015), también demuestra que esta población clínica presenta altos niveles de depresión, los cuales pueden estar relacionados con estilos de afrontamiento, estados emocionales reactivos y/o genética. Así mismo, se observa que la gravedad de la depresión se asocia con la persistencia de los síntomas del juego. Según Rizeanu (2013), que va en línea con estos datos, de los 119 jugadores patológicos, el 76,47% tuvieron síntomas de depresión; 28,57% presentaron depresión leve; 34,45% depresión moderada y 13,45% depresión severa, tal como se observa en la figura 3. Además, varios estudios indican que los síntomas depresivos pueden contribuir al desarrollo y/o mantenimiento del trastorno del juego. Según el estudio de Moghaddam et al. (2015) los síntomas del estado de ánimo pueden ser un factor de riesgo para el trastorno del juego, pues los comportamientos de juego se utilizan posteriormente para aliviar los estados de ánimo depresivos. Esto indicaría que los síntomas depresivos son precipitantes del trastorno del juego, o lo que es lo mismo, que los síntomas depresivos son primarios. Ahora bien, otra forma de verlo es la que postula que el comportamiento del juego y sus consecuencias (el jugador puede sentir vergüenza y culpa por jugar, entre otras cosas) dan lugar a síntomas depresivos, es decir, la depresión también puede ser secundaria a los efectos negativos del trastorno del juego.

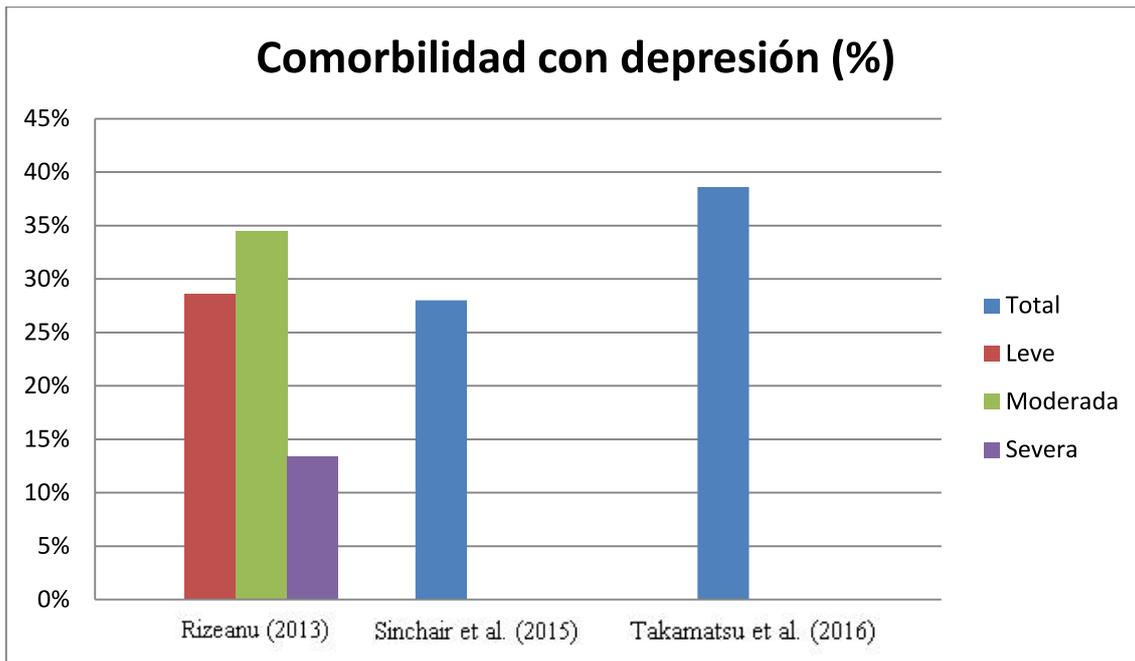


Figura 3. Comorbilidad del trastorno del juego con depresión. Información extraída de varios estudios (Rizeanu, 2013; Sinchair et al., 2015; Takamatsu et al., 2016).

5.2.2. Ansiedad

Diversas líneas de investigación sugieren que la ansiedad podría ser un factor importante para la conducta de juego. Según Rizeanu (2013), los jugadores patológicos muestran mayores puntuaciones de ansiedad que las personas del grupo control, así pues, más del 40% de los jugadores patológicos han sufrido trastorno de ansiedad al menos una vez en la vida, tal como se muestra en la figura 4. Por otro lado, el estudio de Medeiros et al. (2016), añade que hubo una correlación positiva entre la gravedad de la ansiedad y la severidad del juego, así como peor calidad de vida y más tendencia suicida al presentar mayores niveles de ansiedad. En este mismo estudio se sugiere que el juego puede ser una manera de afrontar la ansiedad, sin embargo el alivio de la ansiedad tiende a ser de corta duración y los síntomas pueden reaparecer más intensamente. Como resultado, se crea un ciclo perjudicial y el sujeto puede presentar un comportamiento adictivo más severo. Con este razonamiento, se apoya la idea de que los trastornos de ansiedad preceden al trastorno del juego, tal como varios estudios lo han sugerido, pero la relación longitudinal entre los síntomas de ansiedad y la actividad de juego después de que el juego ya haya comenzado, sigue siendo poco clara. Hay preguntas que quedan por resolver: ¿los jugadores tienen una actividad de juego más perjudicial debido a los niveles de ansiedad más altos? O, ¿tener problemas de juego y, por lo tanto, consecuencias más negativas, hacen que los jugadores se sientan más ansiosos?

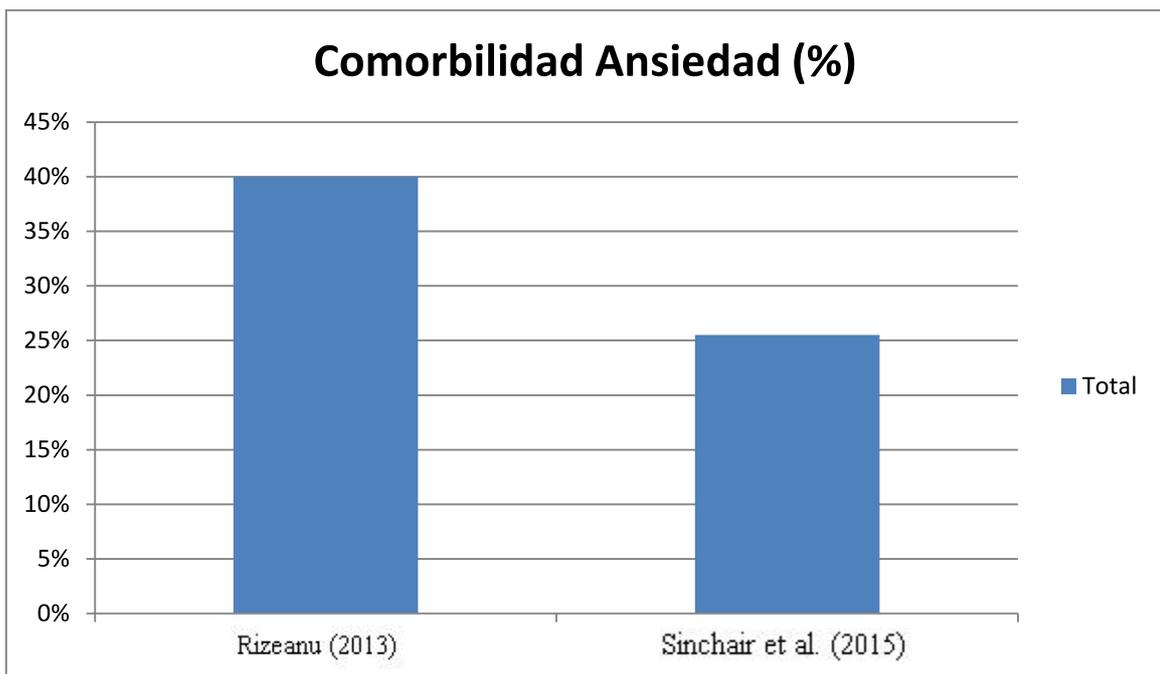


Figura 4. Comorbilidad del trastorno del juego con ansiedad. Información extraída de dos estudios (Rizeanu, 2013; Sinchair et al., 2015).

5.2.3. Depresión y ansiedad

En el estudio de Echeburúa et al. (2013), que pretende identificar rasgos de personalidad y estados emocionales en una muestra de jugadores patológicos, se observa que estos eran más ansiosos e impulsivos y tenían una autoestima más pobre que los no jugadores. Del mismo modo, los jugadores patológicos tenían una mayor historia de otros trastornos psiquiátricos (50,5%) que los sujetos del grupo control no psiquiátrico (13,6%) y eran afectados más a menudo de síntomas de ansiedad y depresión, datos que concuerdan con lo dicho anteriormente. De hecho, según Jauregui, Urbiola y Estevez (2016), el riesgo de desarrollar un trastorno de juego es 1,7 veces mayor en personas que sufren trastornos de ánimo o ansiedad que en personas sin trastornos. Además, se observó que 37,9% de los jugadores patológicos sufrían depresión y un 37,4 sufría ansiedad. Por otro lado, Barrault y Verescon (2013), que realizaron un estudio en una muestra de jugadores de póker, se detalla que un 29% de los jugadores patológicos tenía depresión y un 56% sufría ansiedad. Asimismo, sugiere que los estados psicológicos negativos (depresión y ansiedad) interactúan con las cogniciones, dando lugar a las distorsiones y por tanto a agravar el trastorno del juego. Entonces, se observa que los estados emocionales son los más comórbidos con el trastorno del juego, tal como se observa en la figura 5.

El estudio de Jauregui et al. (2016) añade que también tienen puntuaciones más altas en las creencias positivas de preocupación, las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y las creencias sobre la necesidad de controlar los pensamientos. Esto es importante porque estos factores también correlacionaron positivamente con la depresión y la ansiedad, así pues, la metacognición podría explicar el trastorno del juego y la sintomatología asociada con él. Este hallazgo está a la línea con los hallazgos encontrados sobre otras adicciones, ya que se han relacionado con la metacognición.

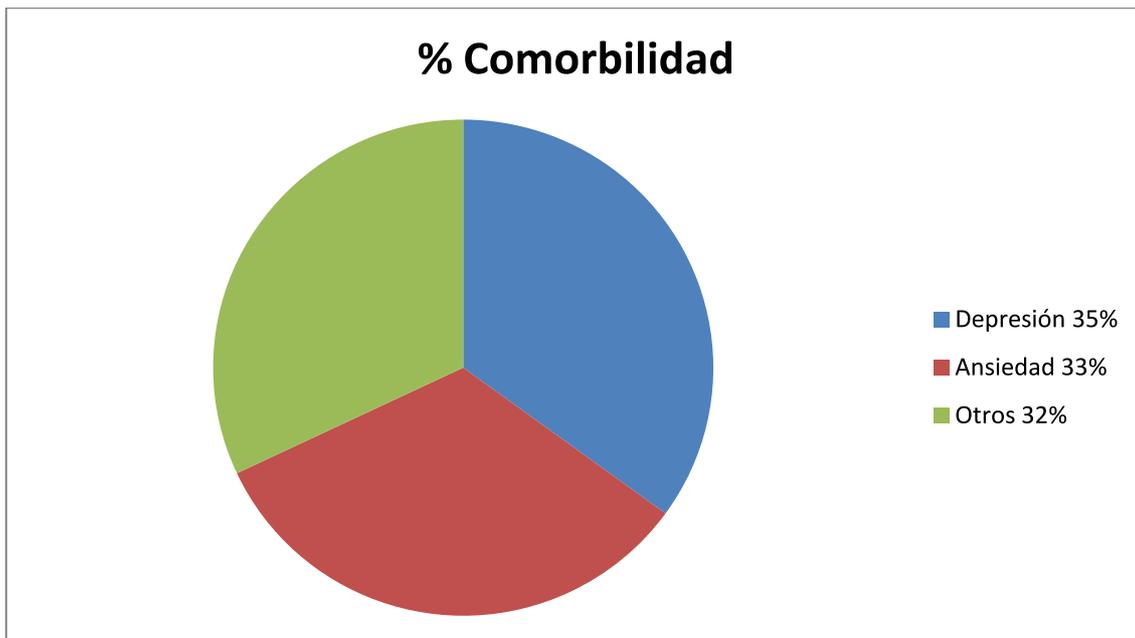


Figura 5. Comorbilidades principales del trastorno del juego. Información extraída de varios estudios (Echeburúa et al., 2013; Jauregui et al., 2016; Barrault y Varescon 2013).

5.2.4. *Alexitimia*

La alexitimia se caracteriza por la dificultad para identificar y describir sentimientos, así como la dificultad para diferenciar las sensaciones corporales de la excitación emocional (Bonnaire et al., 2017). Se ha considerado importante incluirla debido a que los sujetos con emociones negativas y trastornos del juego, tienden a regular dichas emociones jugando, y por lo tanto muestran malas estrategias de regulación emocional. Analizar si la existencia de alexitimia está presente puede ser una variable que aporte información de interés.

Así pues, el estudio de Bonnaire et al. (2017), ha observado que los jugadores patológicos presentan altas tasas de alexitimia, que esta correlaciona positivamente con la intensidad del comportamiento del juego y que depende del tipo de juego. Es decir, la alexitimia se asocia con el trastorno del juego pero concretamente con los jugadores estratégicos, ya que son sujetos que buscan

excitación para intentar intensificar sus emociones a través del juego para tratar de reconocerlas. En cambio, la depresión se asocia con los no estratégicos, pues son sujetos que tratan de evitar el malestar y suelen elegir actividades de azar o pasivas. Por otro lado, el Bonnaire, Bungener y Varescon (2013), indican que la alexitimia está asociada a aquellos que juegan a póker pero no está asociada con los juegos tradicionales. Aïte et al. (2014), han observado que la alexitimia perjudica la toma de decisiones de los jugadores patológicos, ya que estos tienden a tomar decisiones desventajosas, favoreciendo opciones que son atractivas pero no rentables a largo plazo. Esto es coherente con la opinión de que la capacidad de elegir ventajosamente se basa en el aprendizaje emocional más que cognitivo ya que la alexitimia se caracteriza por la dificultad en procesar las emociones y por tanto en la dificultad para guiar las decisiones más ventajosas (Aïte et al., 2014).

5.2.5. Trastorno por estrés postraumático

Según Dai, Harrow, Song, Rucklidge y Grace (2013), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) correlaciona con el trastorno del juego. La investigación sugiere que existe un vínculo entre el TEPT, el abuso infantil y una mayor probabilidad de juego. Así pues, se informó de un porcentaje considerable de adultos diagnosticados de TEPT que cumplían también los criterios para el trastorno del juego. También se observa que los jugadores patológicos tienen altos niveles de síntomas de TEPT y que estos se asocian con más impulsividad y problemas más severos.

Por otro lado, en el estudio de Imperatori et al. (2015), se ha visto que la gravedad de los juegos de azar se asocia con traumas en la infancia, especialmente el abuso y la negligencia infantil. Esto sugiere que los traumas infantiles pueden desempeñar un papel relevante en la etiología y mantenimiento del trastorno del juego.

Según Shultz, Shaw, McCormick, Allen y Black (2016), también se observa que las tasas de maltrato fueron significativamente mayores en los jugadores patológicos que en los controles, tal como se recoge en la tabla 2. Además, los sujetos con trastorno del juego que experimentaron maltrato tenían síntomas más severos de juego y reportaron niveles de ansiedad y depresión mayores que los jugadores patológicos que no experimentaron maltrato.

Tabla 2. *Maltrato como factor de riesgo*. Información extraída de Shultz et al. (2016).

Variable	PG Subjects with maltreatment (n = 57)	PG Subjects without maltreatment (n = 37)	Controls (n = 91)	PG vs. control		PG: maltreatment comparison	
				χ^2 , df	P value	χ^2 , df	P value
Eating disorder, no. (%)	8 (14 %)	4 (11 %)	10 (11 %)	0.1, 1	0.709	0.2, 1	0.647
Gambling disorder, no. (%)	29 (51 %)	12 (32 %)	6 (7 %)	33.4, 1	<0.001	3.1, 1	0.078
Suicide attempt, no. (%)	19 (33 %)	4 (11 %)	12 (13 %)	3.8, 1	0.050	6.2, 1	0.013
Unhealthy FAD General Functioning score, no. (%)	34 (63 %)	13 (41 %)	28 (33 %)	8.5, 1	0.004	4.0, 1	0.044
Type of maltreatment							
Emotional, no. (%)	38 (67 %)	0 (0 %)	11 (12 %)	19.1, 1	<0.001		
Neglect, no. (%)	14 (25 %)	0 (0 %)	6 (7 %)	3.3, 1	0.069		
Physical, no. (%)	24 (42 %)	0 (0 %)	12 (13 %)	4.5, 1	0.034		
Verbal, no. (%)	45 (79 %)	0 (0 %)	17 (19 %)	17.7, 1	<0.001		
Sexual, no. (%)	22 (39 %)	0 (0 %)	6 (7 %)	10.0, 1	0.002		

5.3. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La investigación ha demostrado que los sujetos con trastorno del juego tienen una prevalencia significativamente mayor de trastornos de personalidad que los sujetos controles. Además, los síntomas de juego eran más severos en esta población. El hecho de tener un trastorno de personalidad, aumenta las probabilidades que el trastorno del juego aparezca a una edad más temprana, que haya más intentos de suicidio y que exista una mayor comorbilidad psiquiátrica. Concretamente, los trastornos del grupo B son los más frecuentes en los jugadores patológicos, siendo el trastorno antisocial y el trastorno límite los que más se asocian, tal como se muestra en la tabla 3. Se ha sugerido que el trastorno de personalidad antisocial se relaciona con el trastorno del juego por la conexión que tienen con el comportamiento irresponsable (Black et al., 2014). Por otro lado, la relación con el trastorno límite de la personalidad se puede explicar por la impulsividad y el estado de ánimo reactivo

que comparten. Hay que decir que la impulsividad es un componente de varios trastornos de la personalidad que han sido vinculados con el trastorno del juego (Black et al., 2014).

En el estudio de Odlaug, Schreiber y Grant (2012), se describe que de los 77 jugadores patológicos, 35 cumplieron con los criterios de al menos un trastorno de la personalidad y 14 cumplieron para dos o más trastornos de este tipo. En este estudio se encontró que el trastorno más común era el obsesivo-compulsivo (27,3%) pero una posible explicación es que excluyeron a personas con trastorno por uso de sustancias, la cuales tienen índices altos del trastorno de la personalidad antisocial. Por su parte, en el estudio de Hwang et al. (2012), se indica que las tasas de comorbilidad entre el trastorno del juego y el TOC oscilan entre 1 y 20 %, por lo que está acorde con el estudio anterior. Además, estos sujetos experimentan más síntomas de depresión y ansiedad que los controles.

Tabla 3. Trastornos de personalidad comórbidos con el trastorno del juego. Información extraída de Black et al. (2014).

Personality disorder	Proband group		χ^2 , df	P value	OR (95 % CI)
	PG (N = 93)	Control (N = 91)			
Schizotypal, no. (%) ^a	1 (1 %)	0 (0 %)	FET	0.497	
Schizoid, no. (%) ^a	1 (1 %)	1 (0 %)	FET	1.000	
Paranoid, no. (%) ^a	6 (7 %)	0 (0 %)	FET	0.014	
Any Cluster A disorder, no. (%) ^a	7 (8 %)	1 (1 %)	FET	0.034	
Antisocial, no. (%) ^b	14 (15 %)	1 (1 %)	12.0, 1	<.001	
Borderline, no. (%) ^c	18 (19 %)	2 (2 %)	14.0, 1	<.001	9.9 (2.2, 44.8)
Histrionic, no. (%) ^a	2 (2 %)	0 (0 %)	FET	0.246	
Narcissistic, no. (%) ^a	5 (6 %)	1 (1 %)	FET	0.118	
Any Cluster B disorder, no. (%) ^c	29 (31 %)	2 (2 %)	27.6, 1	<.001	17.2 (3.9, 75.8)
Avoidant, no. (%) ^a	5 (6 %)	1 (1 %)	FET	0.118	
Dependent, no. (%) ^a	5 (6 %)	0 (0 %)	FET	0.029	
Obsessive-compulsive, no. (%) ^a	9 (10 %)	3 (3 %)	3.3, 1	0.070	6.0 (0.7, 53.2)
Any Cluster C disorder, no. (%) ^a	14 (16 %)	4 (4 %)	6.3, 1	0.012	4.1 (1.3, 13.4)
Any personality disorder, no. (%)	38 (41 %)	6 (7 %)	29.7, 1	<.001	9.0 (3.5, 23.2)

5.4. OTROS TRASTORNOS DEL DSM-5

5.4.1. Trastornos alimentarios

En el estudio de Jiménez-Murcia et al. (2013), que investigó los jugadores patológicos con trastornos alimentarios, se ha visto que la prevalencia del trastorno del juego en una muestra que sufre trastornos alimentarios es mayor que en la población general, posiblemente por los factores de vulnerabilidad compartidos entre ambos trastornos, es decir, entre el trastorno del juego y los trastornos alimentarios. También se observa que el trastorno del juego se asocia más con el trastorno por atracones (5,7%) y menos con la anorexia nerviosa (0,57%). Además, se ha identificado que la impulsividad es un rasgo común en el trastorno por atracones, al igual que en el trastorno del juego.

A modo general se ha visto que la obesidad premórbida fue significativamente mayor en los jugadores patológicos que sufren un trastorno alimentario y que la presencia de trastorno del juego en esta población clínica se asocia comúnmente con una mayor severidad general de la enfermedad (Jiménez-Murcia et al. 2013).

5.4.2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Los sujetos con TDAH tienen más probabilidades de buscar actividades de juego y cumplir los criterios para trastorno del juego que los controles (Dai et al., 2013).

En el estudio de Aynamí et al. (2015), se muestra que la mayoría de los jugadores patológicos tuvieron una historia de TDAH en la niñez pero esto no significa que el TDAH en sí mismo sea necesariamente un factor causal para el juego. Asimismo, se ha observado que la gravedad de los síntomas del TDAH correlaciona con el comportamiento de juego. La relación entre el TDAH y el trastorno del juego se asocia con una mayor comorbilidad psiquiátrica (trastornos afectivos, de ansiedad y de uso de sustancias).

5.4.3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La literatura también habla de la comorbilidad entre el trastorno del juego y trastornos de salud mental grave, así pues, según el estudio de Echeburúa, Gómez y Freiza (2017), la esquizofrenia crónica en individuos con trastorno del juego es relevante porque hay mayores tasas de jugadores

patológicos en las poblaciones esquizofrénicas (10%) que en la población que no sufre esquizofrenia (1% - 5%). Además se ha visto que un 6,4% de las personas con trastornos psicóticos, eran jugadores de riesgo moderado y un 5,8% eran jugadores con problemas. Una posible explicación de estos datos es que los sujetos que sufren síntomas positivos de esquizofrenia, como delirios o alucinaciones, pueden presentar un sesgo optimista en la percepción del riesgo, por lo que los jugadores patológicos con estas características de la esquizofrenia, podrían asumir más riesgos. A su vez, las consecuencias negativas del trastorno del juego en estas personas pueden desencadenar episodios psicóticos agudos. Entonces, se puede hablar de una dirección bidireccional entre los dos trastornos (Echeburúa et al., 2017).

De estos tres trastornos comentados, se ha visto que el más comórbido es la esquizofrenia, seguido de los trastornos alimentarios y después el TDAH, tal como se plasma en la figura 6.

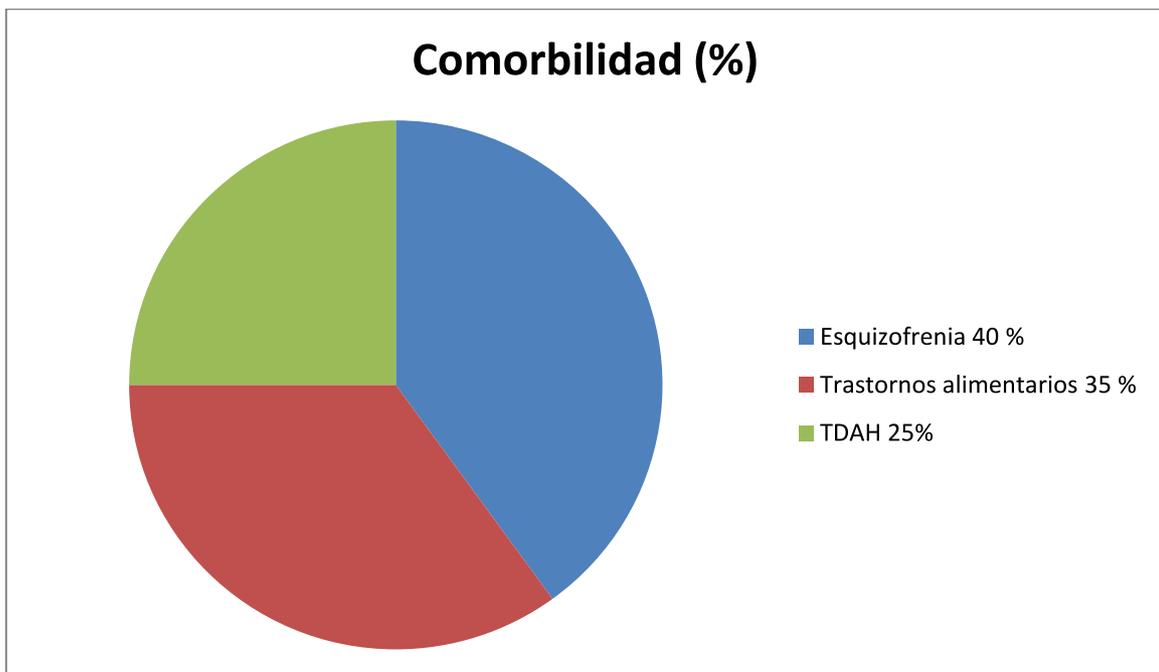


Figura 6. Otros trastornos comórbidos con el trastorno del juego. Información extraída de varios estudios (Dai et al., 2013; Echeburúa et al., 2017; Jiménez-Muercia et al., 2013).

6.DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos y la edad de inicio son aspectos importantes a evaluar porque pueden dar pistas importantes sobre la etiología de un trastorno. Así pues, el hecho de que un sujeto sufra juego patológico a una edad temprana, hace que aumenten las probabilidades de sufrir otro trastorno comórbido. Ahora bien, hay debate en relación al tema porque cada investigador evalúa la edad de inicio de una manera: la primera exposición de juego, los primeros síntomas de juego, el primer tratamiento, y cuando una persona cumple los criterios del DSM para trastorno del juego (Black et al., 2015).

Por lo que respecta a la variable de sexo, los hombres comienzan a jugar temprano en la vida, por tanto aumenta la probabilidad de sufrir otro trastorno concomitante. Además, la aparición de los problemas de los hombres es más lenta que en las mujeres y buscan ayuda más tarde. Alternativamente, las mujeres empiezan a jugar más tarde en la vida, por lo que disminuye la probabilidad de sufrir trastornos comórbidos. Sin embargo, desarrollan rápidamente el problema y buscan ayuda más rápidamente (Sinclair et al., 2015). Otra variable es la severidad de los síntomas, pues cuanto más graves sean, es más probable desarrollar psicopatología concomitante. Ahora bien, la personalidad del sujeto también influye, así pues, ser una persona ansiosa e impulsiva y con baja autoestima favorece la aparición de trastornos, al igual que influye tener mala calidad de vida, bajo nivel educativo y bajo estatus socioeconómico (Jiménez-Murcia et al., 2016). Por ello, hay que tener en cuenta estas variables, pues se podría evitar la aparición de algunos trastornos, o al menos paliar la gravedad en determinadas poblaciones.

Hay que resaltar que los jugadores patológicos son mucho más propensos que la población general a reportar otros trastornos psicológicos, siendo la depresión y la ansiedad los más destacables. Algunos estudios muestran porcentajes más altos de depresión y en otros casos de ansiedad pero puede deberse al tipo de muestra en la que se lleve a cabo el estudio, de manera que si la muestra está compuesta mayoritariamente por jugadores patológicos estratégicos, tendrán más trastornos de ansiedad comórbidos, en cambio si son jugadores patológicos no estratégicos, la depresión será más concomitante (Bonnaire et al., 2017).

En cuanto a la coexistencia de trastornos, hay dos visiones para explicar la comorbilidad del trastorno del juego, una visión opta por describir que el juego es la forma de aliviar los estados emocionales negativos como la depresión o la ansiedad, así pues estos trastornos serían un factor de riesgo. En cambio, otra visión opta por explicar que las consecuencias negativas del juego dan lugar al estado de ánimo deprimido y la ansiedad (Moghaddam et al., 2015). Entonces, hasta el momento y

bajo nuestro conocimiento la literatura no nos permite determinar si la depresión y la ansiedad son primarias, secundarias o coinciden con el trastorno del juego.

Por lo que respecta a la alexitimia, los resultados sugieren que el tipo de juego tiene un impacto en las puntuaciones de esta, ya que los jugadores patológicos estratégicos son los que tendrán puntuaciones más altas de alexitimia, a diferencia de los no estratégicos que puntuarán más alto en depresión. Los autores lo explican de la siguiente forma: los jugadores estratégicos buscan excitación para intentar incrementar sus emociones con el fin de poder reconocerlas. En cambio, los jugadores no estratégicos, son sujetos pasivos que tratan de aliviar el malestar con el juego de azar. Por lo tanto, la alexitimia no es una característica común en todos los jugadores patológicos. Ahora bien, la literatura sobre el trastorno del juego y alexitimia sigue siendo escasa, los resultados son heterogéneos y su comparación es difícil ya que los jugadores patológicos juegan a varios tipos de juegos al azar, por lo que es difícil de estudiar de forma pura (Bonnaire et al., 2013).

En el caso de la comorbilidad con el trastorno por estrés post traumático, sí que sabe que mayoritariamente precede al trastorno del juego, es decir, aquellos sujetos que hayan sufrido TEPT, tienen más probabilidad desarrollar posteriormente trastorno del juego. Una posible explicación es que, cuando una persona sufre estrés postraumático suele ser más vulnerable emocionalmente y el juego sería la forma de escapar de la angustia emocional (Dai et al., 2013). Esto concuerda con lo propuesto sobre el trauma en la infancia, donde se indica que la persona que haya sufrido un trauma en la infancia, utilizaría el juego como escape de los estados mentales negativos y estresantes (Imperator et al., 2015).

Los trastornos de personalidad también son frecuentemente comórbidos con trastorno del juego y aumentan la probabilidad de que el juego aparezca en una edad más temprana, que existan más trastornos concomitantes y que haya más intentos de suicidio. Los trastornos de personalidad del grupo B son los más comunes en el trastorno del juego, concretamente el trastorno antisocial por el comportamiento irresponsable y el trastorno límite por la impulsividad y estado de ánimo cambiante (Black et al., 2014).

Por lo que respecta a los trastornos alimentarios, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones son los más comórbidos con el trastorno del juego pero hacen falta más estudios que lo evalúen. El hecho que el trastorno del juego sea más frecuente en varones y los trastornos alimentarios en mujeres, puede explicar por qué existen pocos estudios que analicen la comorbilidad entre ambos (Jiménez-Murcia et al., 2013). Otro trastorno comórbido al trastorno del juego es el TDAH, posiblemente la impulsividad da lugar a la búsqueda de situaciones peligrosas, por tanto puede ser un factor de riesgo para el trastorno del juego (Dai et al., 2013). Finalmente, como trastornos mental grave se ha

encontrado la esquizofrenia, entre ésta y los trastornos del juego se explica una relación bidireccional porque los síntomas positivos de esta, podrían explicar por qué los jugadores patológicos asumen riesgos a pesar de las consecuencias negativas; alternatively, los síntomas negativos del trastorno del juego, podrían explicar los episodios agudos de la esquizofrenia (Echeburúa et al., 2017).

6.1. IMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO

Las personas que buscan tratamiento para los problemas de juego a menudo experimentan uno o más trastornos comórbidos, los cuales deben ser considerados a la hora del tratamiento. Así pues, se sabe que si el tratamiento se centra en el trastorno del juego pero también en los trastornos concomitantes es más eficaz para la prevención de recaída, en comparación con el tratamiento que solo se centra en el trastorno del juego (Soberay, Faragher, Barbash, Brookover y Grimsley, 2014). Además, el hecho de abarcar los problemas de salud mental que coocurren, se asocia con niveles más altos de la satisfacción del cliente, en comparación con los sujetos con un foco singular en el tratamiento. Esto indica que las intervenciones también deben basarse en los trastornos comórbidos, pues estos individuos experimentan más problemas relacionados con el juego y tienen niveles más bajos de funcionamiento psicosocial (Soberay et al., 2017).

A pesar de esto, hay poca evidencia sobre la cual basar las recomendaciones de tratamiento para los jugadores patológicos con trastornos psicológicos comórbidos, posiblemente porque el tratamiento del juego con esta comorbilidad se hace más complejo. Además, el hecho de que cada jugador patológico pueda presentar un trastorno concomitante diferente, hace que se requieran enfoques de intervención individualizados. Con este enfoque individualizado, se podría maximizar la respuesta de tratamiento, mejorar la satisfacción del paciente, reducir los costos de tratamiento y reducir el desgaste (Dowling, Merkouris y Lorains, 2016).

Como el tratamiento se debe centrar tanto en el trastorno del juego como en el trastorno o psicopatología comórbida, sería interesante buscar aquellos aspectos que tienen en común, como podría ser el neuroticismo, la impulsividad o la regulación emocional, con el fin de orientar el tratamiento hacia estos componentes. Esta forma dimensional de abordar el problema puede hacer que las mejoras se produzcan más rápidamente, que permanezcan en el tiempo y que prevenga de otros trastornos.

7.CONCLUSIÓN

Una vez finalizada la revisión de la literatura sobre la comorbilidad del trastorno del juego con otros trastornos o psicopatologías, se reflejan las conclusiones generales que se han obtenido a lo largo de este estudio.

En primer lugar, destacar que el trastorno del juego es un trastorno complejo, pues activa sistemas de recompensa similares a los activados por el consumo de drogas, por lo que se producen algunos síntomas conductuales comparables a los producidos por este trastorno. Además, los cambios cerebrales que se producen, hacen que sea un trastorno progresivo y crónico, caracterizado principalmente por la pérdida de control sobre la conducta. Como complejidad añadida, es que es frecuente que el sujeto presente comorbilidades, las cuales pueden ser muy variadas porque influyen diferentes variables (Romanczuk et al., 2016).

Así pues, las variables sociodemográficas que se han encontrado son: ser hombre, el inicio temprano de los síntomas, presentar rasgos impulsivos de personalidad y tener mala calidad de vida. Todo ello, aumenta las probabilidades de sufrir un trastorno comórbido del trastorno del juego (Jiménez-Murcia et al., 2016).

Por otro lado, la revisión de la literatura pone de manifiesto que los trastornos más comórbidos con el trastorno del juego son: los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de personalidad y otros trastornos como la esquizofrenia, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos alimentarios como la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones. De los trastornos del estado de ánimo, destacan la depresión y la ansiedad (Sinclair et al., 2015), pero también se dan variables como la alexitimia y trastornos como el trastorno por estrés post traumático. Por otro lado, los trastornos de personalidad más comórbidos han sido el trastorno antisocial y el trastorno límite (Black et al., 2014).

Lo que no está claro, es la relación causal de los trastornos, es decir, no se sabe si el trastorno del juego es el trastorno primario o secundario, pues se comenta que puede aparecer para aliviar el malestar del otro trastorno o que el hecho de desarrollar trastorno del juego da lugar a la sintomatología negativa.

Ahora bien, a lo largo de este análisis del trastorno del juego, se puede ver que se relaciona desde trastornos como el TDAH a trastornos de salud mental grave como la esquizofrenia. Sin embargo, todos ellos parece que tengan algo en común, que es la falta de regulación emocional. Por ello, se ve importante no clasificar a los sujetos de forma categorial, sino de forma dimensional que englobe a diferentes categorías diagnósticas. Además, esta forma dimensional busca tener utilidad clínica para

fundamentar las intervenciones. La realidad es que cada paciente tiene una patología distinta a pesar de tener el mismo diagnóstico, pues cada uno ha vivido unas experiencias, vive en un entorno diferente, tiene más o menos apoyo social, etc.

Esta forma de ver a los pacientes podría ser una fortaleza de este trabajo, ya que apoya a que cada sujeto tenga un diagnóstico más acorde a la psicopatología que presenta, entre ella la comórbida. Asimismo las líneas futuras podrían beneficiarse de esta primera aproximación que se ha hecho sobre la comorbilidad del trastorno del juego para ampliar la búsqueda y estudiar tratamientos que se basen en la perspectiva transdiagnóstica, pues ha demostrado ser importante a la hora de tratar comunalidades entre diferentes trastornos. Otra fortaleza sería que no solo se ha utilizado una base de datos, sino que se han tenido en cuenta dos con el fin de recoger más estudios sobre la temática. Alternativamente, como limitación hay que decir que se han utilizado muchos filtros para realizar la búsqueda y se han excluido artículos que hubieran dado información interesante, por lo que en otros estudios futuros se podría tener en cuenta a la muestra adolescente y a trabajos sobre otras áreas de conocimiento que no se han contemplado en este caso. Además, se podrían haber utilizado técnicas estadísticas más complejas y realizar un metaanálisis para que el trabajo fuera más completo.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*Aïte, A., Barrault, S., Cassoti, M., Borsi, G., Bonnaire, C., Houdé, O., Varescon, I., y Moutier, S. (2014). The Impact of Alexithymia on Pathological Gamblers' Decision Making: A Preliminary Study of Gamblers Recruited in "Sportsbook" Casinos. *Cognitive and behavioral neurology*, 4(27), 59-67. doi: 10.1097/WNN.0000000000000027

*Assanangkornchai, S., Mcneil, E., Tantirangsee, N., y Kittirattanapaiboon, P. (2016). Gambling disorders, gambling type preferences, and psychiatric comorbidity among the Thai general population: Results of the 2013 National Mental Health Survey. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(3), 410-418. doi: 10.1556/2006.5.2016.066

*Aynamí, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos, J., Fernández-Aranda, F., Claes, L.,... Menchón, J. (2015). Clinical, Psychopathological, and Personality Characteristics Associated with ADHD among Individuals Seeking Treatment for Gambling Disorder. *BioMed Research International*, 2015, 1-12. doi: 10.1155/2015/965303

Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E., y Quilty, L. C. (2008). Personality disorders and pathological gambling: a review and re-examination of prevalence rates. *Journal of personality disorders*, 22(2), 191-207. doi: 10.1521/pedi.2008.22.2.191.

*Barrault, S., y Varescon, I. (2013). Cognitive Distortions, Anxiety, and Depression Among. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 183-188. doi:10.1089/cyber.2012.0150

Becoña, E. (1993). Trastorno del juego. *Psicología Conductual*, 1(3), 317-468.

Bischof, Anja., Bischof, G., Wurst, F., Luch, M., Meyer, C., John, U.,... Rumpf, H. (2016). Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 263-269. doi: 10.1037/adb0000152

*Black, D., Coryell, W., Crowe, R., McCormick, B., Shaw, M., y Allen, J. (2015). Suicide Ideations, Suicide Attempts, and Completed Suicide in Persons with Pathological Gambling and Their First-Degree Relatives. *Suicide and life-threatening behavior*, 45(6), 700-709. doi:10.1111/sltb.12162.

*Black, D., Coryell, W., Crowe, R., McCormick, B., Shaw, M., y Allen, J. (2014). Personality Disorders, Impulsiveness, and Novelty Seeking in Persons with DSM-IV Pathological Gambling and

Their First-Degree Relatives. *Journal of gambling studies*, 31(4), 1201-1214. doi: 10.1007/s10899-014-9505-y

*Black, D., Shaw, M., Coryell, W., Crowe, R., McCornick, B., y Allen, J. (2015). Age at onset of DSM.IV pathological gambling in a non-treatment sample: Early- versus later-onset. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 40-46.

*Bojana, M., y Ledgerwood, D. (2012). Gambling Severity, Impulsivity, and Psychopathology: Comparison of Treatment - and Community - Recruited Pathological Gamblers. *The American Journal on Addictions*, 21(6), 508-515. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00280.x

*Bonnaire, C., Barrault, S., Aïte, A., Cassotti, M., Moutier, S., y Varescon, I. (2017). Relationship Between Pathological Gambling, Alexithymia, and Gambling Type. *The American Journal on Addictions*, 26, 152–160. doi: 10.1111/ajad.12506

*Bonnaire, C., Bungener, C y Varescon, I. (2013). Alexithymia and Gambling: A Risk Factor for All Gamblers?, *Journal of gambling studies*, 29(1), 83-96. doi: 10.1007/s10899-012-9297-x

Ciccarelli, M., Nigro, G., Griffiths, M., y Cosenza, M. (2016). Decision making, cognitive distortions and emotional distress: A comparison between pathological gamblers and healthy controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 204-210. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.08.012

*Dai, Z., Harrow, S., Song, Z., Rucklidge, J., y Grace, R. (2013). Gambling, Delay, and Probability Discounting in Adults With and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(10), 1-11. doi: 10.1177/1087054713496461

Dowling, N., Merkouris, S., y Lorains, F. (2016). Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: Advancing a developing field of research. *Addictive Behaviors*, 58, 21–30.

*Echeburúa, E., Gómez, M., y Freixa, M. (2017). Prediction of Relapse After Cognitive-Behavioral Treatment of Gambling Disorder in Individuals With Chronic Schizophrenia: A Survival Analysis. *Behavior Therapy*, 48, 69–75.

*Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P., y Polo-López, R. (2013). Pathological Gamblers and a Non-Psychiatric Control Group Taking Gender Differences into Account. *Spanish Journal of Psychology*, 16(2), 1-9. doi: 10.1017/sjp.2013.2

Flórez, G., Saiz, P. A., Santamaría, E. M., Álvarez, S., Nogueiras, L., y Arrojo, M. (2016). Impulsivity, implicit attitudes and explicit cognitions, and alcohol dependence as predictors of pathological gambling. *Psychiatry Research*, 245, 392-397. doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.039

Goodie, A., y Fortune, E. (2013). Measuring Cognitive Distortions in Pathological Gambling: Review and Meta-Analyses. *Psychology of Addictive Behavior*, 27(3) 730–743. doi: 10.1037/a0031892

*Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Savvidou, L., Froberg, F.,... Jiménez-Murcia, S. (2014). Is Pathological Gambling Moderated by Age? *Journal Gambling Studies*, 30(2), 475-492. doi: 10.1007/s10899-013-9369-6

*Hwang, J., Shin, Y., Lim, S., Park, H., Shin, N., Jang, J., Park, H., y Kwon, J. (2012). Multidimensional Comparison of Personality Characteristics of the Big Five Model, Impulsiveness, and Affect in Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal Gambling Studies*, 28, 351–362. doi: 10.1007/s10899-011-9269-6

*Imperatori, C., Innamorati, M., Bersani, F., Imbimbo, F., Pompili, M., Contardi, A., y Farina, B. (2015). The Association among Childhood Trauma, Pathological Dissociation and Gambling Severity in Casino Gamblers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 203-211. doi: 10.1002/cpp.1997

Jauregui, P., Estevez, A., y Urbiola, I. (2016). Pathological gambling and associated drug and alcohol abuse, emotion regulation, and anxious-depressive symptomatology. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 251-260. doi: 10.1556/2006.5.2016.038

*Jauregui, P., Urbiola, I., y Estevez, A. (2016). Metacognition in Pathological Gambling and Its Relationship with Anxious and Depressive Symptomatology. *Journal Gambling Studies*, 32, 675–688. doi: 10.1007/s10899-015-9552-z

*Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Tárrega, S., Angula, A., Fernández-Aranda, F., Arcelus, J.,... Menchón, J. (2016). Mediation Role of Age of Onset in Gambling Disorder, a Path Modeling Analysis. *Journal Gambling Studies*, 32(2), 327-340. doi 10.1007/s10899-015-9537-y

*Jiménez-Muercia, S., Steiger, H., Israel, M., Granero, R., Prat, R., Santamaría, J.,... Fernández-Aranda, F. (2013). Pathological gambling in eating disorders: Prevalence and clinical implications. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1053–1060.

*Medeiros, G., Sampaio, D., Leppink, E., Chamberlain, S., y Grant, J. (2016). Anxiety, Gambling Activity, and Neurocognition: A Dimensional Approach to a Non-Treatment-Seeking Sample. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 261-270. doi: 10.1556/2006.5.2016.044

Moghaddam, J., Campos, M., Myo, C., Reid, R., y Fong, T. (2015). A Longitudinal Examination of Depression Among Gambling Inpatients. *Journal Gambling Studies*, 31, 1245–1255 doi:10.1007/s10899-014-9518-6

Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Havik, O., y Notelaers, G. (2016). Psychopathology and Personality Characteristics in Pathological Gamblers: Identifying Subgroups of Gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 32, 68-88. doi: 10.4309/jgi.2016.32.5

*Odlaug, B., Schreiber, L., y Grant, J. (2012). Personality Disorders and Dimensions in Pathological Gambling. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 381-392.

*Rizeanu, S. (2013). Pathological Gambling in Relation to Anxiety and Identufy Status. *procedia - social and behavioral*, 78, 748-752.

*Rizeanu, S. (2015). Pathological Gambling and Depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 501 -505.

Rizeanu, S. (2015). Pathological gambling treatment - review. *procedia - social and behavioral science*, 187, 613-618.

Romanczuk-Seiferth, N., Mörsen, C., y Heinz, A. (2016). Pathologisches Glücksspiel und Delinquenz. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10(3), 155-163. doi: 10.1007/s11757-016-0376-1

*Shultz, S. K., Shaw, M., McCormick, B., Allen, J., y Black, D. W. (2016). Intergenerational childhood maltreatment in persons with DSM-IV pathological gambling and their first-degree relatives. *Journal of Gambling Studies*, 32(3), 877-887. doi: 10.1007/s10899-015-9588-0

*Sinclair, H., Pasche, S., Pretorius, A., y Stein, D. (2015). Clinical Profile and Psychiatric Comorbidity of Treatment-Seeking Individuals with Pathological Gambling in South-Africa. *Journal Gambling Studies*, 31, 1227-1243. doi: 10.1007/s10899-014-9516-8

*Soberat, A., Faragher, J., Barbash, M., Brookover, A., y Grimsley, P. (2014). Pathological Gambling, Co-occurring Disorders, Clinical Presentation, and Treatment Outcomes at a University-Based Counseling Clinic. *Journal Gambling Studies*, 30, 61–69. doi: 10.1007/s10899-012-9357-2

Toneatto, T., y Pillai, S. (2016). Mood and Anxiety Disorders Are the Most Prevalent Psychiatric Disorders among Pathological and Recovered Gamblers. *International Journal Mental Health Addiction*, 3, 217–227. doi: 10.1007/s11469-016-9647-5

*Takamatsu, S., Martens, M., y Arteberry, B. (2016). Depressive Symptoms and Gambling Behavior: Mediating Role of Coping Motivation and Gambling Refusal Self-Efficacy. *Journal Gambling Studies*, 32, 535–546. doi: 10.1007/s10899-015-9562-x

Van den Bos, R., Davies, W., Dellu-Hagedorn, F., Goudriaan, A., Granon, S., Homberg, J.,... Adriani, W. (2013). Cross-species approaches to pathological gambling: A review targeting sex differences, adolescent vulnerability and ecological validity of research tools. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 2454–2471.

9.ANEXOS

SINÓNIMOS ENCONTRADOS DE “PATHOLOGICAL GAMBLING”.

“behavioural addiction”, “addictive behaviours”, “gambling addiction”, “gambling disorder”, “pathological gambling”, “pathological disorder”, “gambling”, “disordered gambling”, “problem gambling”, “gambling development” y “gambling severity”

SINÓNIMOS ENCONTRADOS DE “PSYCHOPATHOLOGY”.

“psychopathology”, “psychological disorder”, “psychiatric condition”, “anxiety”, “depression”, “personality disorder” y “impulsive control disorder”.

SECUENCIA DE LA BÚSQUEDA EN LA BASE DE DATOS DE SCOPUS.

(TITLE-ABS-KEY (gambling AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (pathological AND gambling) OR TITLE-ABS-KEY (gambling AND addiction) AND TITLE-ABS-KEY (psychological AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (psychiatric AND condition) OR TITLE-ABS-KEY (anxiety) OR TITLE-ABS-KEY (depression) OR TITLE-ABS-KEY (personality AND disorder) OR TITLE-ABS-KEY (impulsive AND control AND disorder)) AND PUBYEAR > 2012 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ip"))

SECUENCIA DE LA BÚSQUEDA EN LA BASE DE DATOS DE WEB OF SCIENCE.

Buscó: TI=(gambling disorder OR pathological gambling OR gambling addiction) AND TI=(psychopathology OR anxiety OR depression OR personality disorder OR impulse control disorder OR psychiatric condition)

Período de tiempo: 2012-2017.

Idioma de búsqueda=Inglés y español.