

Introducción

La persona aquejada de una adicción comportamental tendría una dependencia de una conducta (jugar, comer, tener relaciones sexuales, etc.), de forma similar a la que otras personas la tienen de las drogas, con la única diferencia de que el alcohol no es una sustancia química externa, sino una conducta que lleva a cabo la propia persona. En la actualidad son dos las adicciones comportamentales que están, de una u otra manera, incluidas en los Manuales de la APM y de la OMS. Existe un acuerdo de que jugar (apostando o ilicitándose) puede ser una conducta que propiece un trastorno mental, si se dan algunas condiciones.

La adicción al juego, denominada trastorno por juego de apuesta (TJA) en la adicción comportamental más reciente y, probablemente también, la que tiene una característica más grave en la adaptación social y el estado personal de quien la padece. La ruleta, el juego de póker, el juego de cartas han sido conceptos que se han utilizado para referirse a personas que han perdido el control de su conducta y ello les ha provocado un serio problema de salud mental. **Se reveló que el TJA en la actualidad está directamente relacionado con la promoción del juego como actividad económica legal, lo cual supone un desplazamiento a la hora de establecer límites de salud pública.**

Características transdiagnósticas

Hesse y Beck (2018) Han en consenso en considerar que las adicciones son trastornos mentales que se caracterizan por manifestar dos criterios esenciales, que son **la pérdida y el abandono de autonomía, control del deseo por llevar a cabo una conducta (comportamiento) derivado en el control de dicho comportamiento y dejar a cualquier grupo comunitario negativos en el ámbito interpersonal por ella.**

En el mismo momento, además era una primera decisión que, tras una revisión jurídica, se revisó hasta que resultó con su título la duda que se controló. Este **proceso de creación de dependencia de una persona con su deseo se evaluando hacia el de fijación o fijación por una conducta a a parte de los siglos XVI y XVII se centra especialmente en la necesidad que tiene la persona de llevar a cabo la conducta por un control constante de sus deseos, lo que se manifiesta con un **alta competitividad y pérdida de control.** Entre sus criterios son los que definen la drogadicción y el alcoholismo en la primera edición del DSM, publicada por la APM en 1952.**

La dificultad en diferenciar en realidad entre la drogadicción o los drogas y drogadicción fueron algunos de los motivos que indujeron a la APM y la OMS en 1968 en el DSM-II y el CE-II, respectivamente, a introducir el término dependencia de sustancias y incluir en ella al alcohol. El DSM-III, en 1987 y el CE-III, en 2010, reemplazó el término adicción, que era el término utilizado en el nombre de la categoría y prácticamente solo para hacer referencia a las adicciones comportamentales.

Adicciones comportamentales

Belloch, Sandín, Ramos Campos, and Sandín, Bonifacio. Manual De Psicopatología. 3ª edición. Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana De España, 2020. Print.



Adicción al juego: trastorno por juegos de apuesta



Adicción a videojuegos: trastorno por videojuegos



Adicción a videojuegos: trastorno por videojuegos



Introducción

La persona aquejada de una adicción comportamental tendría una dependencia de una conducta (jugar, comer, tener relaciones sexuales, etc.), de forma similar a la que otras personas la tienen de las drogas, con la única diferencia de que el acreedor no es una sustancia química externa, sino una conducta que lleva a cabo la propia persona. En la actualidad son dos las adicciones comportamentales que están, de una u otra manera, incluidas en los Manuales de la APA y de la OMS. Existe un acuerdo de que jugar (apostando o divirtiéndose) puede ser una conducta que provoque un trastorno mental, si se dan algunas condiciones.

La adicción al juego, denominada trastorno por juegos de apuesta (TJA) es la adicción comportamental más estudiada y, probablemente también, la que tiene unas consecuencias más graves en la adaptación social y el ajuste personal de quien la padece. Ludopatía, juego compulsivo, juego patológico han sido conceptos que se han utilizado para referirse a personas que han perdido el control de su conducta y ello les ha provocado un serio problema de salud mental. **La prevalencia del TJA en la sociedad está directamente relacionada con la promoción del juego como actividad económica legal**, lo cual supone un despropósito a la hora de establecer políticas de salud pública.

Características transdiagnósticas

Heinz y Beck (2019). Hay un consenso en considerar que las adicciones son trastornos mentales que se caracterizarían por manifestar dos criterios nucleares, que son la tolerancia y el síndrome de abstinencia, además del deseo por llevar a cabo una conducta (craving), deterioro en el control de dicho comportamiento y llegar a padecer graves consecuencias negativas en el ámbito interpersonal por ello.

En el Imperio Romano, addictus era una persona deudora que, tras sentencia judicial, es retenida hasta que restituye con su trabajo la deuda que ha contraído. Este significado de relación de dependencia de una persona con su deudor va evolucionando hacia el de fijación u obsesión por una conducta y a partir de los siglos XVII y XVIII se centra específicamente en la necesidad que tiene la persona de llevar a cabo la conducta (en concreto consumo de sustancias), lo cual se manifiesta con un **uso compulsivo y pérdida de control**. Estos dos criterios son los que definen la drogadicción y el alcoholismo en la primera edición del DSM, publicado por la APA en 1952.

La dificultad en diferenciar en muchos casos entre habitación a las drogas y drogadicción fueron algunos de los motivos que indujeron a la APA y la OMS en 1968 en el DSM-II y el CIE-8, respectivamente, a introducir el término dependencia de sustancias e incluir en ella al alcohol. El DSM-5, en 2013 y el CIE-11, en 2018, recuperan el término adicción, aparece el término adicción en el nombre de la categoría y prácticamente solo para hacer referencia a las adicciones comportamentales.

DSM-III

Es en el **DSM-III (1980)**, cuando esta patología aparece clasificada por primera vez como un trastorno mental, con una categoría gnoseológica propia y con unos criterios diagnósticos que lo definen. Se caracterizó entonces como **trastorno del control de los impulsos**, debido a que se entendía que el jugador habría llegado a una situación en la cual había dejado de tener el control de su propia conducta de juego. La definición del juego patológico en el DSM-III es la de un *«fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares o vocacionales»*. Esta incapacidad de resistir los impulsos de jugar afecta gravemente a diferentes esferas de la vida y se caracterizaría, al menos, por **tres de los siguientes fenómenos:**

- Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.
- Incapacidad para satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.
- Alteraciones familiares y conyugales debidas al juego.
- Obtención de dinero a través de fuentes ilegales (usureros).
- Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.
- Pérdida del trabajo debido al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.
- Necesidad de que otra persona procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada.

DSM-III-R

El **DSM-III-R (1987)** amplía la clínica de la enfermedad con indicadores propios de los trastornos por dependencia de sustancias, definidos por una conducta de juego perjudicial, caracterizada al menos por **cuatro de los siguientes síntomas:**

- Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.
- Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado.
- Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
- Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar.
- Pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar, lo que se conoce como «caza»).
- Esfuerzos repetidos para reducir o parar el juego.
- Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
- Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.
- Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes, o a pesar de otros problemas significativos sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego.

DSM-IV

El **DSM-IV (1994)** mejoró la **precisión y objetividad** de algunos de los criterios, eliminando redundancias, y añadiendo otros como la utilización del juego como mecanismo de escape para aliviar la disforia o el engaño a familiares y terapeuta. Además, se recuperó del DSM-III la confianza en que los demás alivien sus deudas o problemas financieros a causa del juego y se enfatizó la relevancia de los problemas legales.

DSM-IV-TR

El **DSM-IV-TR (2000)** añadió el subapartado «Hallazgos de laboratorio» para destacar las alteraciones manifestadas en jugadores varones, se actualizaron las secciones «Síntomas y trastornos asociados» y en la sección «Prevalencia» se puso de manifiesto la relevancia del juego legalizado en la prevalencia del juego patológico.

DSM-V

El **DSM-5 (2013)** supuso como principal cambio en lo que respecta al juego la inclusión en la misma categoría diagnóstica tanto de los trastornos por el uso de sustancias como del trastorno del juego. Otros cambios dignos de reseñar fueron la eliminación del término «patológico» debido a sus connotaciones peyorativas, por el de «trastorno».

TRASTORNO	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
Trastorno por juegos de apuesta	<p>Criterio 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 período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.✓ Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.✓ Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.✓ A menudo tiene la <u>mente</u> 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).✓ A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej., desamparo, culpabilidad, <u>ansiedad</u>, depresión).✓ Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar («recuperar» las pérdidas).✓ Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.✓ Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.✓ Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego. <p>Criterio B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.</p>



PREVALENCIA	Hombres	Mujeres	Total
Ha jugado alguna vez a algún juego de apuestas	80,37%	72,53%	76,32%
Ha jugado alguna vez a algún juego de apuestas en el último año	72,24	65%	68,50%
Ha jugado alguna vez a algún juego online	9,98%	2,39%	6,06%

Conclusiones encuesta Dirección General de Ordenación de Juego, tres años después de la concesión de las primeras licencias de juego online (2015).

La población adulta suele jugar más que el resto (adolescentes, jóvenes o mayores) a juegos tradicionales (bingo, casinos, máquinas, póquer, etc.), pero en el caso del juego online, son adolescentes y jóvenes de hasta 26 años los que lo hacen con mayor frecuencia, probablemente por su atracción por las actividades que ofrece el juego y el mayor uso que hacen de las nuevas tecnologías. Es probable que muchos de los jóvenes nacidos alrededor del inicio del siglo XXI nunca se habrían acercado al juego, ni habrían apostado, si no existiera el juego online.

Comorbilidad con otros problemas clínicos

Black y Shaw (2019). Los más frecuentes son los trastornos del estado de ánimo trastornos por ansiedad, consumo de sustancias, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del control de impulso y trastornos de personalidad.

En el trastorno por juegos de apuesta suelen presentarse concurrentemente otros trastornos mentales, tanto en pacientes sometidos a tratamiento como en personas que no buscan intervención terapéutica para el problema de adicción al juego. Son factores que favorecen de igual manera el desarrollo y el mantenimiento del TJA y en muchos casos dificultan el tratamiento.

<h3>Trastornos del estado del ánimo</h3> <p>Las personas que padecen trastornos por juegos de apuesta manifiestan mayores tasas de depresión, trastorno bipolar o trastorno obsesivo-compulsivo.</p> <p>Resultado paradójico que el juego se percibe socialmente como una actividad de ocio y que los trastornos del estado de ánimo se ven más de los trastornos psicológicos que presentan mayor comorbilidad.</p> <p>El jugador con trastorno presenta un riesgo más elevado de depresión mayor y ansiedad que las personas que no están jugando.</p>	<h3>Suicidio</h3> <p>Cox et al. (2012). Las tasas son más elevadas según los diferentes estados, los trastornos más comunes asociados del TJA para las personas que fueron sometidas a terapia de los síntomas del juego y entre el 30-50% en los pacientes que acudían a tratamiento.</p> <p>El suicidio y la ideación suicida más frecuente en jugadores patológicos se relacionan con el juego o con el problema general. Los suicidios que sobrevinieron más de seis meses antes con la ideación suicida en TJA con la sintomatología depresiva, tener antecedentes de crisis y víctimas de un crimen social y familiar.</p> <p>Wong et al. (2010). Las pocas personas que han realizado autopsias psicológicas al jugadores patológicos que han cometido acciones del suicidio suicidas en que sus acciones que están presentes en casi todos ellos son: problemas matrimoniales antes del suicidio, un curso recurrente de depresión, un período que había consumido de los problemas relacionados por el juego. Si cual no es decir que las personas que padecen patologías trastorno depresivo o con patologías de riesgo que deben ser atendidas para evitar una consecuencia fatal del TJA.</p>	<h3>Trastornos por ansiedad</h3> <p>Wallerstein et al. (2008). Las personas con TJA también padecen con mayor frecuencia trastornos por ansiedad, tales como fobia, ataques de pánico o ansiedad generalizada.</p> <p>A pesar de que el TJA comparte con el trastorno obsesivo compulsivo características psicológicas comunes del juego y riesgo de ser juego, los puntos que están involucrados en estos trastornos del jugador de juego de juego, en la medida en que las características características del TOC no son el pensamiento obsesivo, nervios que al involucro la actividad de juego se ven como patología psicológica en el juego o tener una experiencia agradable. En sus casos con el estado de trastornos por consumo de sustancias.</p>
<h3>Trastornos de personalidad</h3> <p>Wallerstein y Cohen (2010). Se han encontrado diferencias entre jugadores patológicos de juegos de azar, en los que presentan el <i>Clíster C</i>, respecto de los trastornos, que presentan psicológicamente del <i>Clíster A</i>. En el grupo antisocial, el <i>Clíster A</i>, con los trastornos del <i>Clíster B</i> los más prominentes, siendo la personalidad psicópata una de las más significativas.</p> <p>El 97% de los jugadores patológicos manifiestan al menos un trastorno de la personalidad, siendo de la probabilidad ser un trastorno superior a la de los jugadores que no están relacionados con el juego. Los trastornos de la personalidad más frecuentes son: obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad antisocial y dependiente. También se han encontrado diferencias entre jugadores patológicos de juegos de azar, en los que presentan el <i>Clíster C</i>, respecto de los trastornos, que presentan psicológicamente del <i>Clíster B</i>. La asociación de trastornos de personalidad en TJA está relacionada con una mayor gravedad del trastorno, si cual se relaciona en un nivel más elevado de la severidad, tiempo involucrado de los síntomas clínicos del juego, más frecuencia de comorbilidad de trastornos psicológicos, así como de ideación e intentos de suicidio.</p>	<h3>Consumo de sustancias</h3> <p>Wallerstein y Cohen (2010). Se han encontrado diferencias entre jugadores patológicos de juegos de azar, en los que presentan el <i>Clíster C</i>, respecto de los trastornos, que presentan psicológicamente del <i>Clíster A</i>. En el grupo antisocial, el <i>Clíster A</i>, con los trastornos del <i>Clíster B</i> los más prominentes, siendo la personalidad psicópata una de las más significativas.</p> <p>Las personas que presentan TJA consumen más veces bebidas de alcohol, alcohol y otras drogas que quienes no padecen la patología del juego. El consumo de alcohol en personas con trastorno por juegos de azar se asoció en una frecuencia y empíricamente superior a la de la población general.</p> <p>Algunos estudios refieren que la probabilidad de padecer un trastorno por consumo de alcohol es 1.6 veces superior en quienes padecen TJA y que entre un 47% y 60% de las personas con TJA refieren tener o haber padecido trastorno por consumo de alcohol. Esta relación aparece mejor controlando variables socioeconómicas.</p>	

Trastornos del estado del ánimo

Las personas que padecen trastorno por juegos de apuesta manifiestan mayores tasas de depresión, trastorno bipolar e ideación suicida.

Resulta paradójico que el juego se presente socialmente como una actividad de ocio y que los trastornos del estado de ánimo sean uno de los problemas psiquiátricos que presentan mayor comorbilidad.

El jugador recreacional presenta un riesgo más elevado de depresión mayor y distimia que las personas que no suelen jugar.

Suicidio

Carr et al. (2018). Las cifras son muy variables según los diferentes estudios, las ideaciones suicidas oscilan alrededor del 25% para las personas que buscan ayuda telefónica a causa de los problemas del juego y entre el 50-80% en los pacientes que acuden a tratamiento.

El suicidio y la ideación suicida está presente en jugadores patológicos en proporciones mucho más elevadas que en los jugadores que no tienen problemas con el juego o que en la población general. Las variables que parece que están más relacionadas con la ideación suicida en TJA son la sintomatología depresiva, tener importantes deudas y carecer de un apoyo social y familiar.

Wong et al. (2010). Los pocos estudios que han realizado autopsias psicológicas a jugadores patológicos que han fallecido a causa del suicidio coinciden en que las variables que están presentes en casi todos ellos son tener deudas inmanejables antes del deceso, así como episodios de depresión, que parece que fueron consecuencia de los problemas ocasionados por el juego, lo cual no quiere decir que las personas que previamente padezcan trastorno depresivo no sean población de riesgo que haya que atender para evitar una consecuencia fatal del TJA.

Trastornos por ansiedad

Kessler et al. (2008). *Las personas con TJA también padecen con mayor frecuencia trastornos por ansiedad, tales como fobias, ataques de pánico o ansiedad generalizada.*

A pesar de que el TJA comparte con el trastorno obsesivo compulsivo pensamientos persistentes acerca del juego y urgencia por jugar, no parece que pueda considerarse como un trastorno del espectro obsesivo compulsivo, en la medida en que las conductas características del TOC no son ni placenteras ni deseables, mientras que el inicio de la adicción al juego suele tener como principal motivación el disfrute o tener una experiencia agradable. En eso coincide con el resto de trastornos por consumo de sustancias.

Trastornos de personalidad

Vaddiparti y Cotler (2016). Se han encontrado diferencias entre jugadores patológicos de juegos online, en los que prevalece el clúster C, respecto de los tradicionales, que presentan principalmente del clúster B. En el grupo subclínico, sin embargo, son los trastornos del clúster B los más prevalentes, siendo la personalidad borderline una de las más significativas.

El 43% de los jugadores patológicos manifiestan al menos un trastorno de la personalidad, siendo dicha probabilidad nueve veces superior a la de los jugadores que no tienen problemas con el juego. Los trastornos de la personalidad más frecuentes son: obsesivo-compulsivo, borderline, narcisista, antisocial y dependiente. También se han encontrado diferencias entre jugadores patológicos de juegos online, en los que prevalece el clúster C, respecto de los tradicionales, que presentan principalmente del clúster B. La presencia de trastornos de personalidad en TJA está relacionada con una mayor gravedad del trastorno, lo cual se manifiesta en un inicio más temprano de la enfermedad, mayor recrudecimiento de los síntomas clínicos del juego, más frecuencia de comorbilidad de trastornos psiquiátricos, así como de ideación e intentos de suicidio.

Consumo de sustancias

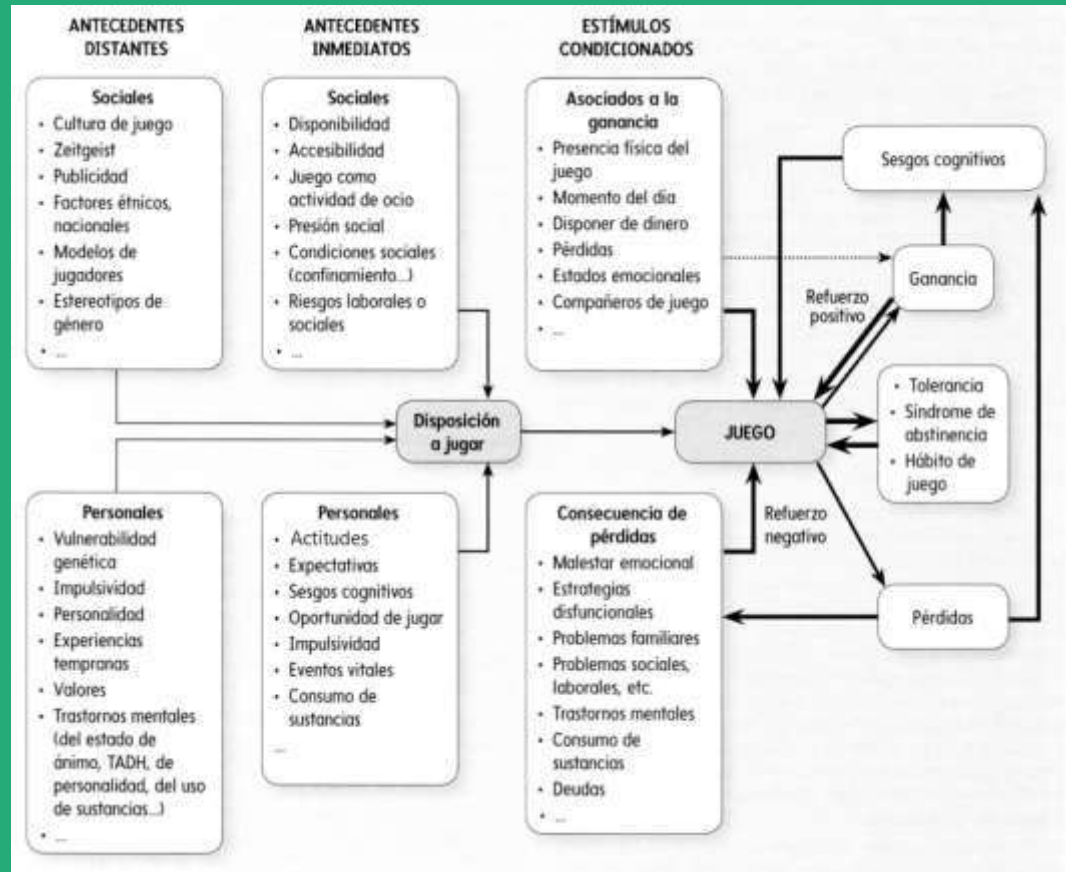
Vaddiparti y Cotler (2016). Se han encontrado diferencias entre jugadores patológicos de juegos online, en los que prevalece el clúster C, respecto de los tradicionales, que presentan principalmente del clúster B. En el grupo subclínico, sin embargo, son los trastornos del clúster B los más prevalentes, siendo la personalidad borderline una de las más significativas.

Las personas que presentan TJA consumen dosis más elevadas de nicotina, alcohol y otras drogas que quienes no padecen la patología del juego. El consumo de alcohol en personas con trastorno por juegos de apuesta es muy frecuente y ampliamente superior al de la población general.

Algunos estudios refieren que la probabilidad de padecer un trastorno por consumo de alcohol es 3,8 veces superior en quienes padecen TJA y que **entre un 45% y 65%** de las personas con TJA refieren tener o haber padecido trastorno por consumo de alcohol. Esta relación aparece incluso controlando variables sociodemográficas.

Etiología y modelo teórico

El modelo teórico que se expone está basado en un modelo clásico de la QMS para el trastorno por dependencia de sustancias (Edwards et al., 1981). Se trata de un modelo dinámico que destaca los factores que favorecen la conducta de juego y que influyen en mayor o menor medida en el desarrollo de la adicción.



Antecedentes distantes

Se trata de variables que influyen en la probabilidad de que aparezca la conducta (jugar) y en que esta pueda conducir a un patrón de juego que genere problemas o incluso una patología mental posteriormente. Dichas variables pueden operar mucho tiempo antes de que se presente la oportunidad de jugar y sus efectos en sí mismos. Al igual que afectan al juego, también pueden favorecer otras conductas adictivas.

Antecedentes sociales distantes

El hecho de que una persona que no tiene la costumbre de jugar le haga no dudar a que es factible de alguna manera a ella, de manera que algunos de los factores responsables del locus del juego siguen siendo activados posteriormente en el mantenimiento de la conducta.

Antecedentes personales distantes

El hecho de que una persona que no tiene la costumbre de jugar le haga no dudar a que es factible de alguna manera a ella, de manera que algunos de los factores responsables del locus del juego siguen siendo activados posteriormente en el mantenimiento de la conducta.

Antecedentes inmediatos

Abadía et al. (2004). Por lo general, los juegos que están más relacionados con el DSM son los de tipo electrónico (juegos de máquinas) y el juego online.

Consecuencias del juego

Las diferentes condiciones en las características estructurales de los juegos, arde a las condiciones en las que se presentan en un determinado contexto (horario social, proximidad) hacen que unos juegos sean más adictivos que otros y que, por lo tanto, las personas con TDJ dependan de unos juegos más que de otros. Las principales variables presentes en la conducta de juego que favorecen que esta se repita y se consolide como un comportamiento adictivo son la propia actividad del juego, así como las características del refuerzo (positivo o negativo) y los factores asociados.

Antecedentes distantes

Se trata de variables que influyen en la probabilidad de que aparezca la conducta (apostar) y en que esta pueda conducir a un patrón de juego que genere problemas o incluso una patología mental posteriormente. Dichas variables pueden operar mucho tiempo antes de que se presente la oportunidad de jugar y son estables en el tiempo. Al igual que afectan al juego, también pueden favorecer otras conductas adictivas.

Antecedentes sociales distantes

Son variables que afectan a un número amplio de personas, incluso las pertenecientes a un país que tenga unas normas sobre juego. Algunos de los factores distantes más representativos son la cultura de juego, el zeitgeist (o espíritu del tiempo), publicidad, factores étnicos o nacionales, modelos sociales de jugadores, estereotipos de género, etc.

Las diferencias culturales se manifiestan en numerosos aspectos del juego, tales como la frecuencia de juego, los juegos que se practican, las expectativas o los sesgos que se tienen en torno al juego o la propia prevalencia de TJA en la comunidad. Sobre el juego legal pesa, además, una enorme presión para el consumo, mediante técnicas de publicidad y promoción ya que no puede obviarse que el juego es una actividad económica de primera magnitud. En España en 2018 se jugaron más de 43.000 millones de euros en juegos legales de azar (Dirección General de Ordenación de Juego, 2019).

Antecedentes personales distantes

Blaszczynski y Nower (2002). Su modelo explicativo plantea tres tipos de desarrollo del TJA en función de las características personales. En todos los casos, el condicionamiento (clásico y operante) juega un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento del TJA. Otros antecedentes personales distantes son padecer algún tipo de trastorno mental, consumo de sustancias o las propias experiencias tempranas con el juego.

- ✓ El primer tipo dependería principalmente de la propia experiencia con el juego, de manera que los principales factores estarían relacionados con la exposición al juego y las claves condicionadas. En todo caso, las distorsiones cognitivas juegan un papel esencial que se manifiesta a lo largo de la exposición a la experiencia de juego.
- ✓ El segundo tipo, o vulnerable emocionalmente, se refiere a personas que antes de tener la oportunidad de jugar, tienen factores previos, como depresión o ansiedad, así como estrategias de afrontamiento deficientes o experiencias vitales negativas. Para estas personas, el juego sirve para modular los estados afectivos o procesar estados o otras necesidades psicológicas.
- ✓ El tercero es el jugador antisocial o impulsivo, que también presenta consumo de sustancias. Suele comenzar pronto a jugar y el desarrollo del trastorno ocurre rápidamente.

Se trata de factores que son más o menos relevantes en la aparición del TJA y dependen de características personales (innatas o adquiridas) que hacen que una persona sea más o menos vulnerable a padecer este trastorno. Hablamos de vulnerabilidad genética, características de personalidad, experiencias tempranas con el juego, presencia (o ausencia) de determinados valores, actitudes sobre el juego (y hacia el jugar), presencia de trastornos mentales previos, etc. La vulnerabilidad genética en el caso del TJA es incierta e indeterminada. A la escasez de estudios sobre el tema se une el hecho de que no existen evidencias respecto a relación genética que distinga entre personas con trastorno por juegos de apuestas y jugadores que no tienen problemas con esta actividad.

Antecedentes sociales distantes

Son variables que afectan a un número amplio de personas, incluso las pertenecientes a un país que tenga unas normas sobre juego. Algunos de los factores distantes más representativos son la cultura de juego, el zeitgeist (o espíritu del tiempo), publicidad, factores étnicos o nacionales, modelos sociales de jugadores, estereotipos de género, etc.

Las diferencias culturales se manifiestan en numerosos aspectos del juego, tales como la frecuencia de juego, los juegos que se practican, las expectativas o los sesgos que se tienen en torno al juego o la propia prevalencia de TJA en la comunidad. Sobre el juego legal pesa, además, una enorme presión para el consumo, mediante técnicas de publicidad y promoción ya que no puede obviarse que el juego es una actividad económica de primera magnitud. En España en 2018 se jugaron más de 43.000 millones de euros en juegos legales de azar (Dirección General de Ordenación de Juego, 2019).

Antecedentes personales distantes

Blaszczynski y Nower (2002). Su modelo explicativo plantea tres tipos de desarrollo del TJA en función de las características personales. En todos los casos, el condicionamiento (clásico y operante) juega un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento del TJA. Otros antecedentes personales distantes son padecer algún tipo de trastorno mental, consumo de sustancias o las propias experiencias tempranas con el juego.

✓ El **primero** dependería principalmente de la propia experiencia con el juego, de manera que los principales factores estarían relacionados con la exposición al juego y las claves condicionadas. En todo caso, las distorsiones cognitivas pueden favorecer que se mantenga o acreciente la exposición a la experiencia de juego.

✓ El **segundo** tipo, o vulnerable emocionalmente, se refiere a personas que antes de tener la oportunidad de jugar, tenían factores premórbidos, como depresión o ansiedad, así como estrategias de afrontamiento deficientes o experiencias vitales negativas. Para estas personas, el juego sirve para modular los estados afectivos o procura solución a otras necesidades psicológicas.

✓ El **tercero** es el jugador antisocial e impulsivo, que también presenta consumo de sustancias. Suelen comenzar pronto a jugar y el desarrollo del trastorno ocurre rápidamente.

Se trata de factores que son más o menos relevantes en la aparición del TJA y dependen de características personales (innatas o adquiridas) que hacen que una persona sea más o menos vulnerable a padecer este trastorno. Hablamos de vulnerabilidad genética, características de personalidad, experiencias tempranas con el juego, presencia (o ausencia) de determinados valores, actitudes sobre el juego (y hacia el jugar), presencia de trastornos mentales previos, etc. La vulnerabilidad genética en el caso del TJA es incierta e indeterminada. A la escasez de estudios sobre el tema se une el hecho de que no existen evidencias respecto a relación genética que distinga entre personas con trastorno por juegos de apuestas y jugadores que no tienen problemas con esta actividad.

Antecedentes inmediatos

El hecho de que una persona que no tiene la costumbre de jugar lo haga se debe a que es incitada de alguna manera a ello, de manera que algunos de los factores responsables del inicio del juego siguen siendo relevantes posteriormente en el mantenimiento de la conducta.

Antecedentes sociales inmediatos

Algunas de las condiciones ambientales que pueden incitar en un momento determinado al juego a una persona en un momento determinado son la disponibilidad y accesibilidad (dos de las principales variables implicadas en el desarrollo de las adicciones), presentación del juego como una actividad de ocio (o de consumo), presión social hacia el juego, riesgos laborales de personas que por su condición profesional se encuentran sometidos a mayores riesgos, condiciones sociales específicas, etc.

En el caso de España, la legalización del juego online ha tenido como consecuencia un incremento espectacular en la oferta del juego online. De hecho, tres años después de su legalización, el juego online se convirtió en la segunda causa de solicitud de tratamiento en personas que padecen TIA (solo por detrás de las tragaperras) y la primera en el caso de jóvenes menores de 26 años. El juego legal suele ser muy accesible, bien porque se encuentra en lugares públicos, en los que no hay restricciones (máquinas tragaperras en bares, por ejemplo), bien porque se puede jugar fácilmente a través de medios electrónicos desde casa o incluso en el móvil, como es el caso del juego online. En la medida en que el juego se promociona y se extiende su uso por la población, se considera un producto de consumo; de hecho, en la remodelación de los ministerios de España de la XIV Legislatura de España (Gobierno PSOE-UP), la regulación del juego, que hasta entonces era competencia del Ministerio de Hacienda, pasa a depender del Ministerio de Consumo (UP).

Antecedentes personales inmediatos

Algunas de las principales características personales que favorecen que en unas circunstancias específicas y en un momento determinado una persona se implique en el juego tienen que ver con las actitudes que se tengan respecto del juego, las expectativas de ganar dinero en estas condiciones, los errores o sesgos respecto de la probabilidad de ganar (en todos los juegos el valor esperado es favorable para la casa), la oportunidad de jugar, la presencia de eventos vitales que inducen al juego, el consumo de sustancias, etc.

Las actitudes respecto del juego (tener una visión positiva, o no demasiado negativa) favorece el inicio del juego, de hecho, incluso los jugadores problemáticos tienen actitudes positivas implícitas hacia el juego a pesar de las consecuencias perniciosas que el juego está teniendo para ellos. La expectativa de ganar dinero es un factor que está relacionado positivamente con la presencia de problemas con el juego. Dichas expectativas incrementan la reacción de arousal mientras se lleva a cabo el juego y dicha reacción permanece a pesar de las evidentes pérdidas, posiblemente debido a que la reacción de excitación ante las ganancias ejerce como un poderoso reforzador positivo de la conducta de juego.

Antecedentes sociales inmediatos

Algunas de las condiciones ambientales que pueden incitar en un momento determinado al juego a una persona en un momento determinado son la disponibilidad y accesibilidad (dos de las principales variables implicadas en el desarrollo de las adicciones), presentación del juego como una actividad de ocio (o de consumo), presión social hacia el juego, riesgos laborales de personas que por su condición profesional se encuentran sometidos a mayores riesgos, condiciones sociales específicas, etc.

En el caso de España, la legalización del juego online ha tenido como consecuencia un incremento espectacular en la oferta del juego online. De hecho, tres años después de su legalización, el juego online se convirtió en la segunda causa de solicitud de tratamiento en personas que padecen TJA (solo por detrás de las tragaperras) y la primera en el caso de jóvenes menores de 26 años. El juego legal suele ser muy accesible, bien porque se encuentra en lugares públicos, en los que no hay restricciones (máquinas tragaperras en bares, por ejemplo), bien porque se puede jugar fácilmente a través de medios electrónicos desde casa o incluso en el móvil, como es el caso del juego online. En la medida en que el juego se promociona y se extiende su uso por la población, se considera un producto de consumo; de hecho, en la remodelación de los ministerios de España de la **XIV Legislatura de España (Gobierno PSOE-UP)**, la regulación del juego, que hasta entonces era competencia del Ministerio de Hacienda, pasa a depender del **Ministerio de Consumo (UP)**.

Antecedentes personales inmediatos

Algunas de las principales características personales que favorecen que en unas circunstancias específicas y en un momento determinado una persona se implique en el juego tienen que ver con las actitudes que se tengan respecto del juego, las expectativas de ganar dinero en estas condiciones, los errores o sesgos respecto de la probabilidad de ganar (en todos los juegos el valor esperado es favorable para la casa), la oportunidad de jugar, la presencia de eventos vitales que inducen al juego, el consumo de sustancias, etc.

Las actitudes respecto del juego (tener una visión positiva, o no demasiado negativo) favorece el inicio del juego, de hecho, incluso los jugadores problemáticos tienen actitudes positivas implícitas hacia el juego a pesar de las consecuencias perniciosas que el juego está teniendo para ellos. La expectativa de ganar dinero es un factor que está relacionado positivamente con la presencia de problemas con el juego. Dichas expectativas incrementan la reacción de arousal mientras se lleva a cabo el juego y dicha reacción permanece a pesar de las evidentes pérdidas, posiblemente debido a que la reacción de excitación ante las ganancias ejerce como un poderoso reforzador positivo de la conducta de juego.

Ronzitti et al. (2016). Por lo general, los juegos que están más relacionados con el TJA son las EGM (electronic gambling machines) y el juego online.

Consecuencias del juego

Las diferentes condiciones en las características estructurales de los juegos, unido a las condiciones en las que se presentan en un determinado contexto (factores sociales proximales) hacen que unos juegos sean más adictivos que otros y que, por lo tanto, las personas con TJA dependan de unos juegos más que de otros. Las principales variables presentes en la conducta de juego que favorecen que esta se repita y se consolide como un comportamiento adictivo son la propia actividad del juego, así como las características del refuerzo (positivo o negativo) y los factores asociados.

Actividad de juego

Beatty et al. (2008). La presencia de un estímulo de recompensa, los cambios abruptos de recompensa que se dan, en concreto el nivel de recompensa, pueden aumentar y promover el juego.

El área tegumentosa ventral es la responsable de la dependencia de dopamina, que es a su vez el principal neurotransmisor implicado en la adicción al juego. Este circuito está relacionado con la necesidad de cosas, experimentado con la sensación de perder más de lo que se gana o perder lo que se ha ganado. El juego es, por lo tanto, una conducta que, por sus propias características a raíz de efectos que produce en la actividad conductiva de reforzamiento, tiende a repetirse y esta actividad genera la necesidad de jugar más veces, hasta que se convierte en un hábito. Una conducta que se repite automáticamente.

Sesgos cognitivos

El sistema T de pensamiento se caracteriza por tomar decisiones, especialmente cuando se deben tomar decisiones rápidamente en contextos racionales y no se dispone de todos los elementos que nos permitirían llegar a saber una decisión racional, o bien se deben adoptar decisiones que se consideran menos relevantes en aras de decidir rápidamente una respuesta.

Los sesgos y heurísticas más características implicadas en el juego son: conclusión y errores en las apuestas por las apuestas erróneas.

- 1. **Errores en el control:** son los sesgos que hacen referencia a la creencia de que se puede tener algún tipo de influencia sobre la aparición del azar, lo cual se conoce en el lenguaje común como la creencia en el tipo de falacia de los diferentes más características respecto de los jugadores.
 - 1. **Creer en el control:**
 - 2. **Creer en el control de pensamiento erróneo:**
 - 3. **Creer en la suerte o pagar de mala racha.**
- 2. **Errores en la probabilidad:** que están relacionados con la creencia equivocada sobre la probabilidad de recibir ganancias o la casa, al tener un sesgo que produce la aparición del azar.
 - 1. **Errores del jugador:**
 - 2. **Sesgo de representatividad:**
 - 3. **Sesgo de disponibilidad:**
- 3. **Errores en la información:** que ocurren para explicar o para intentar por qué se ha conseguido (o no) el ganar o haber perdido que se combinan el sesgo de repaso.
 - 1. **Sesgo de atribución (sesgo de progreso de ganancias):**
 - 2. **Sesgo de atribución (atribución de ganancias):**
 - 3. **Sesgo de atribución (sesgo):**

Reforzamiento positivo

Beatty et al. (2008). Los sistemas de premios pueden hacer el juego y el juego más atractivo al presentar recompensas que se dan, en concreto el nivel de recompensa, pueden aumentar y promover el juego.

La posibilidad de ganar dinero es el principal incentivo por el cual las personas se dedican al juego. Se trata de un poderoso refuerzo positivo al que, como cualquier refuerzo, el potencial motivacional del interés es individual. De ahí que no todas las personas experimenten el mismo interés en jugar o en jugar. Algunas de las personas que poseen el valor del refuerzo con las grandes ganancias (big win), las casi ganancias (near-miss), la frecuencia de la recompensa, la presencia del estímulo discriminativo que indican que el refuerzo está disponible o los programas de recompensa a los que se somete el reforzamiento positivo. Ciertas reacciones de los juegos proporcionan el refuerzo más propenso de hacer sentir, especialmente las más: más estímulos de conducta y variables son más importantes a la actividad que el reforzamiento positivo, es posible que ello genere un efecto acumulativo que explique que, aunada la conducta puede provocar un deterioro en la salud que es el TJA.

Las casi ganancias influyen para reducir la activación que para algunos autores es el principal reforzador de dicho juego. No es una variable del que resulta placentera, puesto que se experimenta de forma más desagradable que las grandes ganancias; sin embargo, tiende a seguir jugando, lo cual se puede explicar por el hecho de que activa los mismos circuitos que la recompensa inmediata, a saber, el sistema dopaminérgico y la línea anterior.

Estímulos condicionados

Beatty et al. (2008). El sistema de pensamiento se caracteriza por tomar decisiones, especialmente cuando se deben tomar decisiones rápidamente en contextos racionales y no se dispone de todos los elementos que nos permitirían llegar a saber una decisión racional, o bien se deben adoptar decisiones que se consideran menos relevantes en aras de decidir rápidamente una respuesta.

Si algún estímulo se asocia a una actividad en que se trata de una conducta y motivada. Esto se llama a estos estímulos como estímulos y en su momento asociativos. Los estímulos asociados a la actividad del refuerzo se condicionan y sus cambios de estado una respuesta condicionada condicionada por el estímulo. Los estímulos asociados al estímulo de refuerzo, como estímulos que los condicionan, son definitivos, es decir, tanto el estímulo condicionado como el estímulo de refuerzo, que condicionan la conducta de juego y que también son responsables en gran medida de las recaídas.

Reforzamiento negativo

Una vez que el sujeto del juego se ha adictado, la respuesta de los condicionados responde que más se repite en una conducta adictiva que está reforzada por un programa de refuerzo variable, que lo cual las personas son cada vez más adictas. Esto genera conductas en el juego, que se repite cuando juega a menudo. Una de las personas, lo cual tiene consecuencias que el juego se repite regularmente.

Actividad de juego

Grant et al. (2006). La propia actividad de apostar activa los mismos circuitos cerebrales de recompensa que las drogas; en concreto el área tegmental ventral, núcleo accumbens y córtex orbitofrontal.

El área tegmental ventral es la responsable de la depleción de dopamina, que es a su vez el principal neurotransmisor implicado en la adicción juego. Este circuito está relacionado con la sensación de craving, experimentado por la tensión de ganar más de lo que se apuesta o perder lo que se ha arriesgado. El juego es, por lo tanto, una conducta que, por sus propias características y por el efecto que produce en los circuitos cerebrales de reforzamiento, tiende a repetirse y esta actividad provoca la necesidad de ejecutarse de nuevo, hasta que se convierte en un hábito. Una conducta que se retroalimenta a sí misma.

Reforzamiento positivo

Turne et al. (2006). Los jugadores sin problema muestran mayor alegría y excitación cuando se obtiene el premio, mientras que los jugadores problemáticos tienen incremento en la autoestima, especialmente quienes desconocen la independencia de sucesos (falacia del jugador) y atribuyen las ganancias a algo personal, más que al mero azar.

La posibilidad de **ganar dinero es la principal motivación** por la cual las personas se inician en el juego. Se trata de un poderoso refuerzo positivo si bien, como cualquier reforzador, el potencial motivacional del mismo es individual. De ahí que no todas las personas encuentren el mismo interés en llevar a cabo la conducta. Algunos de los parámetros que potencian el valor del refuerzo son las grandes ganancias (o big win), las casi ganancias (near miss), la inmediatez de la recompensa, la presencia de estímulos discriminativos que indican que el refuerzo está disponible o los programas de contingencia a los que se somete el reforzamiento positivo. Como muchos de los juegos proporcionan el refuerzo bajo programas de razón variable, que provocan las tasas más elevadas de conducta y también son más resistentes a la extinción que el reforzamiento continuo, es posible que ello genere un efecto acumulativo que explique que persista la conducta hasta provocar un deterioro en la salud, que es el TJA.

Las casi ganancias inducen una reacción de activación que para algunos autores es el principal reforzador de dichas near miss. No es una cuestión de que resulten placenteras, puesto que se experimentan de forma más desagradable que las propias pérdidas; sin embargo, motivan para seguir jugando, lo cual se pone de manifiesto por el hecho de que activan los mismos circuitos que la recompensa monetaria, a saber, el cuerpo estriado ventral y la ínsula anterior.

Clark et al. (2012). El doble componente de energización y sensación de desagrado que producen las casi ganancias se ve reflejado, respectivamente por un incremento en la actividad electrodermal y de la frecuencia cardíaca después de la aparición de la *near miss*. Este incremento en la reacción cardiovascular no se produce después de las ganancias ni las pérdidas y está asociada a la sensación de frustración y malestar que provocan las casi ganancias.

Reforzamiento negativo

Una vez que el hábito del juego se ha adquirido, la mayoría de las condiciones favorecen que este se repita (es una conducta adictiva que está reforzada por un programa de razón variable), con lo cual las pérdidas son cada vez mayores. Esto genera malestar en el jugador, que se resuelve cuando juega y recupera algo de las pérdidas, lo cual tiene como consecuencia que el juego se refuerza negativamente.

Sesgos cognitivos

El sistema 1 de pensamiento se caracteriza por recurrir a heurísticos, especialmente cuando se deben tomar decisiones rápidamente en contextos naturales y no se disponen de todos los elementos que nos permitirían llevar a cabo una decisión racional, o bien se deben eliminar elementos que se consideran menos relevantes en aras de decidir rápidamente una respuesta.

Los sesgos y heurísticos más característicos implicados en el juego que conducen a errores en las apuestas podrían dividirse entre:

1. Errores en el control, que son aquellos que hacen referencia a la creencia de que se puede tener algún tipo de influencia sobre la aparición del evento, lo cual no ocurre en ningún caso en este tipo de juegos y es una de las diferencias más características respecto de los videojuegos.

1. *Ilusión de control.*
2. *Correlación ilusoria o pensamiento mágico.*
3. *Creencia en la suerte o sesgo de autocomplacencia.*

2. Errores en la predicción, que están relacionados con la creencia equivocada sobre la probabilidad de acabar ganando a la casa, al tener estrategias para predecir la aparición del evento.

1. *Falacia del jugador.*
2. *Sesgo de representatividad.*
3. *Sesgo de familiaridad.*

3. Errores en la atribución, que sirven para explicarse a uno mismo por qué se ha conseguido (o no) el premio y favorecen que la conducta se vuelva a repetir.

1. *Sesgo de fabulación (recuerdo preferente de ganancias).*
2. *Sesgo retrospectivo (explicaciones a posteriori).*
3. *Sesgo de autojustificación.*

Estímulos condicionados

Echeburúa et al. (1996). La forma más operativa y eficaz de reducir la RC es la extinción, es decir: presentar los estímulos condicionados (EECC) en ausencia de la conducta de juego. Es el fundamento de la técnica de exposición con prevención de respuesta.

Si algo caracteriza a una adicción es que se trata de una conducta ritualizada que se lleva a cabo en unas condiciones y en un entorno específico. Los estímulos asociados a la obtención del refuerzo se condicionan y son capaces de elicitar una respuesta condicionada compensatoria, de forma similar a los estímulos asociados al consumo de sustancias. Estos estímulos son los responsables, en definitiva, de provocar tanto el craving condicionado como el síndrome de abstinencia, que mantienen la conducta de juego y que también son responsables en gran medida de las recaídas.

Adicción a videojuegos: trastorno por videojuegos

Epidemiología y curso evolutivo

Género

En el estudio de la adicción a los videojuegos, se ha observado que el trastorno afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque con mayor frecuencia en hombres. Sin embargo, la prevalencia en mujeres ha ido aumentando con el tiempo.

Prevalencia

La prevalencia de la adicción a los videojuegos ha ido aumentando con el tiempo, especialmente en adolescentes y jóvenes. En España, se estima que afecta a un 10-15% de la población entre 16 y 24 años.

Edad

La adicción a los videojuegos puede comenzar en la infancia, pero es más frecuente en adolescentes y jóvenes. En España, se estima que afecta a un 10-15% de la población entre 16 y 24 años.

Diagnóstico y características clínicas

En el DSM-5 se incluyen, por primera vez, síntomas claramente definidos para evaluar el trastorno de juego por Internet, en inglés: **Internet Gaming Disorder (en adelante, IGD)**. Este trastorno se encuentra en la **Sección III del DSM-5: Los nuevos criterios propuestos en el DSM-5 para el trastorno de juego por Internet son los siguientes:**

1. Preocupación por los videojuegos.
2. Abstinencia al quitarse los juegos (irritación, ansiedad, tristeza), de signos físicos de abstinencia farmacológica.
3. Tolerancia al jugar (necesidad de aumento gradual del tiempo de juego).
4. Dificultades para controlar su implicación en videojuegos.
5. Pérdida de interés en otras actividades, excepto jugar videojuegos.
6. Continuación del juego a pesar de los problemas que va ocasionando.
7. Negativa a su familia o a otras personas sobre la cantidad de tiempo que juega.
8. Videojuegos para aliviar o evitar estados de ánimo negativos.
9. Riesgo de perder relaciones o oportunidades debido al uso de videojuegos.

Estos síntomas se podrían agrupar en los grandes apartados:

1. **Dificultades de control** sobre el uso y centralidad de los videojuegos (pasa su actividad dominante; pérdida de interés en otras actividades aparte de los videojuegos).
2. **Abstinencia y tolerancia** (síntomas físicos como irritabilidad, ansiedad o tristeza como consecuencia de no poder jugar; necesidad de jugar más tiempo cada vez).
3. **Problemas derivados** (ergafitis sobre el uso que hace de videojuegos; empleo de videojuegos para aliviar estados de ánimo negativos; pérdida de algo significativo como relaciones, estudios o trabajo por el uso de videojuegos; continuación del juego, a pesar de los problemas que esto ocasiona).

Diagnóstico diferencial y comorbilidades

Wang et al. (2016): Entre la población que presenta mayor frecuencia de encontrar síntomas de ansiedad, depresión, déficit de atención e hiperactividad, falta de interés y fatiga, abulia, compulsivos, así como otros síntomas y trastornos de personalidad, siendo de entre todos los problemas más frecuentes, probablemente, la depresión así de los comorbilidades más comúnmente identificadas en personas diagnosticadas con IGD.

Las adicciones en general, ya sean a sustancias o al juego de apuestas (que constituyen dos grupos de adicciones consolidados y ampliamente referenciados por la ciencia), suelen presentarse junto con otros trastornos mentales, y es frecuente en el ámbito clínico encontrar dificultades prácticas para identificar, de forma inequívoca, si las conductas adictivas han sido antecedentes de dichos trastornos adicionales, se han derivado de ellos o si coocurren como trastornos primarios junto con otras psicopatologías.

En el caso específico del trastorno por videojuegos, diversos estudios reportan la presencia de este trastorno en comorbilidad con otros, especialmente, en muestras clínicas que acuden en busca de tratamiento. Es importante una exploración profunda ante posibles casos de IGD, ya que en la práctica clínica no se ha considerado debidamente su probabilidad de ocurrencia y se han buscado explicaciones alternativas ante síntomas que encajarían con esta adicción comportamental.

Etiología

Modelo sobre el rol de los videojuegos en la etiología de los problemas de salud

Este modelo propone que los videojuegos pueden actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Modelo de vulnerabilidad-estrés

Este modelo propone que los videojuegos pueden actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Modelo de autocontrol

Este modelo propone que los videojuegos pueden actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Modelo de autocontrol

Este modelo propone que los videojuegos pueden actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Modelo de autocontrol

Este modelo propone que los videojuegos pueden actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Modelo de autocontrol

Este modelo propone que los videojuegos pueden actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Diagnóstico y características clínicas

En el DSM-5 se incluyen, por primera vez, síntomas claramente definidos para evaluar el trastorno de juego por Internet, en inglés **Internet Gaming Disorder (en adelante, IGD)**. Este Trastorno se encuentra en **la Sección III del DSM-5**. Los **nueve criterios** propuestos en el **DSM-5 para el trastorno de juego por Internet son los siguientes:**

- 1.Preocupación por los videojuegos.
- 2.Abstinencia al quitarle los juegos (emociones disfóricas: irritabilidad, ansiedad o tristeza). Sin signos físicos de abstinencia farmacológica.
- 3.Tolerancia al jugar (necesidad de aumento gradual del tiempo de juego).
- 4.Dificultades para controlar su implicación en videojuegos.
- 5.Pérdida de interés en otras actividades, excepto en jugar videojuegos.
- 6.Continuación del juego a pesar de los problemas que va ocasionando.
- 7.Engaños a su familia o a otras personas sobre la cantidad de tiempo que juega.
- 8.Videojuegos para aliviar o evitar estados de ánimo negativos.
- 9.Riesgo de perder relaciones u oportunidades debido al uso de videojuegos.

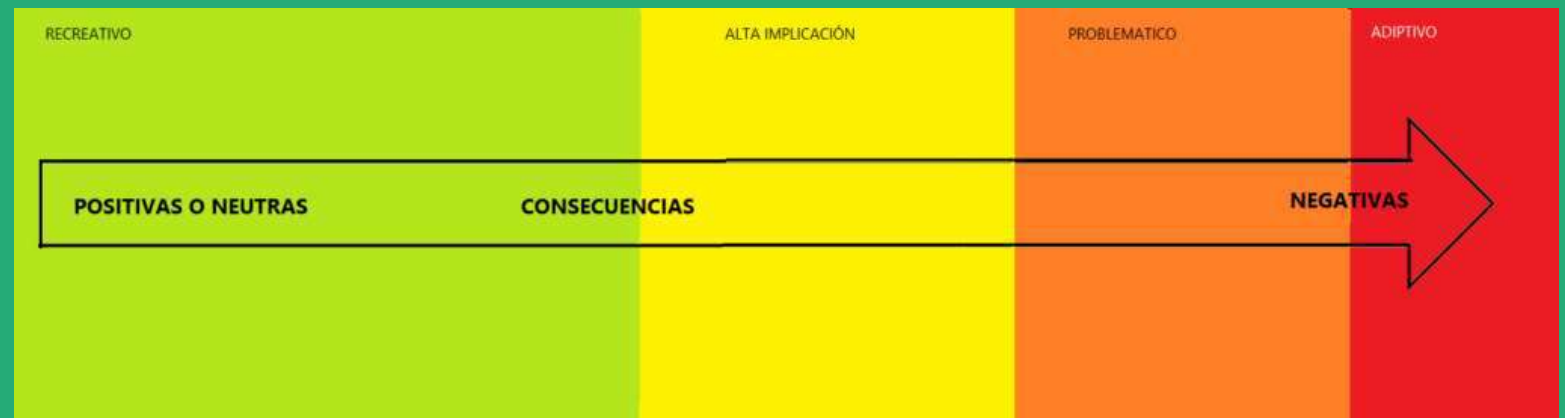
Estos síntomas se podrían agrupar en tres grandes apartados:

- 1.**Dificultades de control** sobre el uso y centralidad de los videojuegos (piensa en los videojuegos; estos son su actividad dominante; pérdida de interés en otras actividades aparte de los videojuegos).
- 2.**Abstinencia y tolerancia** (estados disfóricos como irritabilidad, ansiedad o tristeza como consecuencia de no poder jugar; necesidad de jugar más tiempo cada vez).
- 3.**Problemas derivados** (engaños sobre el uso que hace de videojuegos; empleo de videojuegos para aliviar estados de ánimo negativos; pérdida de algo significativo -como relaciones, estudios o trabajo- por el uso de videojuegos; continuación del juego, a pesar de los problemas que esto ocasiona).



En el DSM-5, además, se establecen otras directrices para explorar el IGD como son las siguientes:

- Un criterio temporal de ocurrencia de, al menos, cinco de los síntomas durante un período mínimo de 12 meses.
- La exploración y distinción en cuanto al uso que se hace de Internet, ya que dicho uso debe ser específico para jugar videojuegos. Por tanto, si se emplea para otras actividades distintas (p. ej. redes sociales, webs sexuales, apuestas Online, otros usos recreativos o sociales) se considera un criterio de exclusión.
- El nivel de gravedad actual que va de leve a severo, y que se establece en función del número de síntomas y de las horas invertidas en jugar videojuegos, así como a partir de la afectación en la vida cotidiana del individuo como consecuencia de jugarlos.



Epidemiología y curso evolutivo

Género

Karr et al. (2017). Los géos de género requieren por el estereotipo y reforzados en ciertos videojuegos, e los estilos de interacción de procesamiento ante situaciones emocionales pueden estar asociados con estos estilos masculinos.

King y Dellabro (2018). Entre las características de los videojuegos que resultar más atractivos para los adolescentes hombres que el estudio uno de los grupos más vulnerables ante el IGD se encuentran los siguientes: conectivos, elección de avatares, historias dominadas, imagen hipersexualizada de los personajes femeninos o Avatar digital.

Entre los aspectos problemáticos asociados con el IGD se encuentran la cantidad de horas frente a la pantalla, el *craving* y los impactos negativos en la salud. Se reportan ratios varones-mujeres de, al menos, 2:1, y se evidencia que el patrón de juego es más frecuente, e intenso en los hombres que en las mujeres. Esta tendencia de los varones, no solo a presentar tasas mayores de prevalencia de IGD (o de riesgo de padecer al trastorno) que las mujeres, sino también de jugar videojuegos con más frecuencia y durante periodos de tiempo más largos que ellas, se evidencia incluso desde edades tempranas. Este patrón de juego disfuncional, observado más frecuentemente en varones que en mujeres, ha dado lugar a interesantes estudios a través de los cuales se busca identificar aspectos que puedan estar en la base de estos comportamientos desadaptativos.

Prevalencia

- Paulus et al. (2018).** Emplearon muestras de diferentes rangos de edad [estudios efectuados solo con adolescentes y otros, con adolescentes y adultos], y arrojaron datos disímiles de prevalencia, que van desde el 0,6% hasta el 50%. La tasa media de prevalencia fue de 5,5%, y los varones presentaron IGD con una frecuencia hasta cinco veces mayor que las mujeres. Las tasas más altas de prevalencia se observaron en jóvenes varones de países asiáticos de entre 12 y 20 años.
- Miñara y Niquechi (2017).** El rango de prevalencia para IGD de la muestra total de cada estudio fue de 0,7% a 27,5%. Las tasas de prevalencia para varones variaron entre 2,0% y 22,7%, y las de las mujeres de 0% a 14,9%. La prevalencia de varones fue mayor que la de las mujeres. En muestras de adolescentes frente a muestras de adultos encontraron que en estos últimos había un descenso, en general, de las tasas de prevalencia conforme aumentaba la edad. Mientras que en los estudios conformados por adolescentes se evidenciaba una mayor estabilidad a lo largo de esta etapa del ciclo vital.

Conclusiones:

1. El consenso en cuanto a situar a los varones como aquellos con mayores tasas de prevalencia del trastorno, al ser comparados con las mujeres.
2. La adolescencia como una etapa de mayor vulnerabilidad, con tasas de prevalencia mayores que en otras etapas del desarrollo.
3. Los países asiáticos como aquellos con mayores tasas de prevalencia, en contraste con otras regiones del mundo.

Edad

King y Dellabro (2018). Señalan que esta vulnerabilidad al riesgo, que comienza la adolescencia, podría deberse a distintos factores entre los cuales destacan los siguientes: factores neurobiológicos (como el desarrollo inmaduro del sistema prefrontal, que es responsable de la toma de decisiones y el control de impulsos), factores de desarrollo como la necesidad de pertenencia social, la identidad y el cuestionamiento de la autoridad y factores culturales (como es la transición a la etapa de adultez temprana que viene acompañada de situaciones estresantes, mayor responsabilidad y mayor independencia).

La adolescencia se considera como un período de especial vulnerabilidad. Este período evolutivo supone el enfrentar cambios en aspectos físicos y psicológicos, así como la resolución de tareas más complejas que pueden suponer estrés para los jóvenes. En este escenario de transiciones, los videojuegos pueden ser un medio para hacer frente al estrés y a esos requerimientos nuevos y, según King y Dellabro, habría dos etapas de especial vulnerabilidad: la adolescencia media a tardía y los primeros años de la vida adulta.

Prevalencia

- **Paulus et al. (2018).** Emplearon muestras de diferentes rangos de edad (estudios efectuados solo con adolescentes y otros, con adolescentes y adultos), y arrojaron datos disímiles de prevalencia, que van desde el 0,6% hasta el 50%. La tasa media de prevalencia fue de 5,5%, y los varones presentaron IGD con una frecuencia hasta cinco veces mayor que las mujeres. Las tasas más altas de prevalencia se observaron en jóvenes varones de países asiáticos de entre 12 y 20 años.
- **Miñara y Higuchi (2017).** El rango de prevalencia para IGD de la muestra total de cada estudio fue de 0,7% a 27,5%. Las tasas de prevalencia para varones variaron entre 2,0% y 22,7%, y las de las mujeres de 0% a 14,9%. La prevalencia de varones fue mayor que la de las mujeres. En muestras de adolescentes frente a muestras de adultos encontraron que en estos últimos había un descenso, en general, de las tasas de prevalencia conforme aumentaba la edad. Mientras que en los estudios conformados por adolescentes se evidenciaba una mayor estabilidad a lo largo de esta etapa del ciclo vital.

Conclusiones:

1. El consenso en cuanto a situar a los varones como aquellos con mayores tasas de prevalencia del trastorno, al ser comparados con las mujeres.
2. La adolescencia como una etapa de mayor vulnerabilidad, con tasas de prevalencia mayores que en otras etapas del desarrollo.
3. Los países asiáticos como aquellos con mayores tasas de prevalencia, en contraste con otras regiones del mundo.

Género

Kaess et al. (2017). Los roles de género impuestos por el entorno y reforzados en ciertos videojuegos, o los estilos desadaptativos de afrontamiento ante situaciones estresantes pueden estar vinculados con estos perfiles masculinos.

King y Delfabbro (2019). Entre las características de los videojuegos que resultan más atractivas para los adolescentes hombres (que conforman uno de los grupos más vulnerables ante el IGD) se encuentran las siguientes: competición, invasión de territorios, violencia, dominación, imagen hipersexualizada de los personajes femeninos o humor áspero.

Entre los aspectos problemáticos asociados con el IGD se encuentran la cantidad de horas frente a la pantalla, el craving y los impactos negativos en la salud. Se reportan ratios varones-mujeres de, al menos, 2:1, y se evidencia que el patrón de juego es más frecuente, e intenso en los hombres que en las mujeres. Esta tendencia de los varones, no solo a presentar tasas mayores de prevalencia de IGD (o de riesgo de padecer el trastorno) que las mujeres, sino también de jugar videojuegos con más frecuencia y durante períodos de tiempo más largos que ellas, se evidencia incluso desde edades tempranas. Este patrón de juego disfuncional, observado más frecuentemente en varones que en mujeres, ha dado lugar a interesantes estudios a través de los cuales se busca identificar aspectos que puedan estar en la base de estos comportamientos desadaptativos.

Edad

King y Delfabbro (2019). Señalan que esta susceptibilidad al riesgo, que caracteriza la adolescencia, podría deberse a distintos factores entre los cuales mencionan los siguientes: factores neurológicos (como el desarrollo inmaduro del córtex prefrontal, que es responsable de la toma de decisiones y del control de impulsos); factores del desarrollo (como la necesidad de pertenencia social, la identidad y el cuestionamiento de la autoridad) y factores culturales (como es la transición a la etapa de educación secundaria que viene acompañada de situaciones estresantes, nuevas responsabilidades y mayor independencia)..

La adolescencia se considera como un período de especial vulnerabilidad. Este período evolutivo supone el enfrentar cambios en aspectos físicos y psicológicos, así como la resolución de tareas más complejas que pueden suponer estrés para los jóvenes. En este escenario de transiciones, los videojuegos pueden ser un medio para hacer frente al estrés y a esos requerimientos nuevos y, según **King y Delfabbro**, habría dos etapas de especial vulnerabilidad: la adolescencia media a tardía y los primeros años de la vida adulta.

Diagnóstico diferencial y comorbilidades

Wang et al. (2018). Entre la psicopatología que presenta mayor coocurrencia se encuentran síntomas de ansiedad, depresión, déficit de atención e hiperactividad, fobia social y síntomas obsesivo-compulsivos, así como otras adicciones y trastornos de personalidad, siendo, de entre todas las problemáticas concomitantes, probablemente, la depresión una de las comorbilidades más comúnmente identificadas en personas diagnosticadas con IGD.

Las adicciones en general, ya sean a sustancias o al juego de apuestas (que constituyen dos grupos de adicciones consolidados y ampliamente refrendados por la ciencia), suelen presentarse junto con otros trastornos mentales, y es frecuente en el ámbito clínico encontrar dificultades prácticas para identificar, de forma inequívoca, si las conductas adictivas han sido antecedentes de dichos trastornos adicionales, se han derivado de ellos o si coocurren como trastornos primarios junto con otras psicopatologías.

En el caso específico del trastorno por videojuegos, diversos estudios reportan la presencia de este trastorno en comorbilidad con otros, especialmente, en muestras clínicas que acuden en busca de tratamiento. Es importante una exploración profunda ante posibles casos de IGD, ya que en la práctica clínica no se ha considerado debidamente su probabilidad de ocurrencia y se han buscado explicaciones alternativas ante síntomas que encajarían con esta adicción comportamental.

Etiología

Modelos sobre el uso de los videojuegos: evolución de las propuestas teóricas

Con el avance de las tecnologías y la rápida incorporación de estas en la vida cotidiana de las personas, desde hace más dos décadas se reportaron los primeros casos de pacientes que evidenciaban un uso problemático de Internet. El vínculo entre Internet- videojuegos- adicción ha estado presente desde el inicio de los estudios realizados sobre esta temática.

Modelo de desarrollo y mantenimiento de la adicción a Internet generalizada frente a específica (Brand et al., 2014)

En este modelo los elementos que lo conforman se presentan como **interconectados a través de variables top-down y bottom-up**. En el modelo tiene un papel central el **control**, que es ejercido a través de las funciones ejecutivas. La falta de control que caracteriza los procesos adictivos se ve influenciado más marcada por acción de las refuerzos positivos y negativos que interrelaciona las conductas desadaptativas de uso excesivo de Internet con las consecuencias derivadas de su actuar; consecuencias que son interpretadas como positivas, ya sea por el alivio que suponen ante estados de ánimo negativos (refuerzo negativo), o ya por los efectos gratificantes que surgen directamente de dichas conductas (refuerzo positivo).

El modelo tiene en cuenta **factores predisponentes** como son las cogniciones disfuncionales (las cuales inciden en las emociones, en las conductas y en los **consecuencias**) y se ven también influenciadas por aquellas) y la presencia de psicopatología previa, con representaciones sobre la falta de control, sobre las emociones, las conductas, las consecuencias y las cogniciones. En la misma línea que Davis (2001), sugiere dos posibles perfiles de uso adictivo de Internet, uno específico y otro generalizado. Una de las limitaciones del modelo es no tener en cuenta particularidades de las diferentes problemáticas que confirman este amplio parangón conceptual.

Modelo neurocognitivo tripartito del trastorno de juego por Internet (Wei et al., 2017)

El modelo de Wei et al. (2017) propone tres componentes vinculados con el trastorno de juego online: un **sistema impulsivo** que se encuentra hiperactivo, un **sistema reflexivo** que se halla en estado hipocéfico o que es ineficaz y un **sistema interoceptivo** que no logra establecer el balance entre los otros sistemas (impulsivo y reflexivo).

En el modelo se recoge, de manera explícita, evidencia que respalda la existencia de estos tres componentes. El modelo incorpora las áreas cerebrales encargadas de cada uno de estos sistemas, y añade el **córtex insular** como el responsable del sistema interoceptivo, que se encarga de mediar entre los impulsos y las decisiones deliberadas.

Modelo del uso patológico de Internet: uso generalizado frente a específico (Davis, 2001)

El **modelo de Davis (2001)**, de corte cognitivo-conductual, es quizá uno de los primeros y más extendidos marcos teóricos que surgen a fin de organizar los hallazgos científicos sobre el uso disfuncional, en este caso, de Internet. Propone una distinción entre un patológico de Internet, específico frente a generalizado. Se destaca el papel que tienen las cogniciones disfuncionales en el mantenimiento de conductas problemáticas asociadas con el uso de la Red, especialmente en relación con la expectativa sobre la acción gratificante de dicho uso y cómo un medio que se valora como eficaz para aliviar estados emocionales negativos.

El modelo plantea, además, la presencia de factores distales y proximales que pueden favorecer el desarrollo de un uso problemático de Internet. La psicopatología previa (por ejemplo, depresión o ansiedad) es considerada como una posible **causa distal**, mientras que las cogniciones desadaptativas conforman **causas proximales**, que generan y mantienen en el tiempo la conducta disfuncional.

Una limitación de este planteamiento teórico es la inclusión de diferentes modalidades de conductas problemáticas derivadas del uso de Internet como si se trataran de fenómenos idénticos, (por ejemplo, conductas excesivas de compras, videomado de pornografía, juegos en línea).

Modelo cognitivo-conductual del trastorno de juego por Internet (Dong y Potenza, 2014)

El primer modelo que se centra exclusivamente en el trastorno de juego online. Los tres componentes que lo conforman incluyen una **esfera motivacional** (frecuente de situaciones y liberación del estrés), una de **control ejecutiva**, y una de **tema de distracción**.

En el modelo se recoge de forma explícita el proceso a través del cual se consolida la conducta adictiva, y cómo la repetición repetitiva de esta va debilitando, de forma progresiva, la capacidad autorregulatoria de la persona, quien empieza a tomar decisiones basadas en la recompensa inmediata sin considerar consecuencias a medio o largo plazo. En este proceso contribuyen los reforzamientos positivos y negativos, y los sesgos cognitivos en relación con el juego Online, que se van fortaleciendo positivamente.

Una de las limitaciones del modelo es la poca evidencia empírica posterior a su publicación en torno a los vínculos teóricos reflejados en él (que surgen principalmente de estudios sobre adicciones a sustancias), así como respecto de las líneas terapéuticas sugeridas para el abordaje de los elementos que lo conforman.

Modelos sobre el uso de los videojuegos: evolución de las propuestas teóricas

Con el avance de las tecnologías y la rápida incorporación de estas en la vida cotidiana de las personas, desde hace más dos décadas se reportaron los primeros casos de pacientes que evidenciaban un uso problemático de Internet. El vínculo entre Internet-videojuegos-adicción ha estado presente desde el inicio de los estudios realizados sobre esta temática.

Modelo del uso patológico de Internet: uso generalizado frente a específico (Davis, 2001)

El **modelo de Davis (2001)**, de corte cognitivo-conductual, es quizá uno de los primeros y más extendidos marcos teóricos que surgieron a fin de organizar los hallazgos científicos sobre el uso disfuncional, en este caso, de Internet. Propone una distinción entre uso patológico de Internet, específico frente a generalizado. Se destaca el papel que tienen las cogniciones disfuncionales en el mantenimiento de conductas problemáticas asociadas con el uso de la Red, especialmente en relación con la expectativa sobre la acción gratificante de dicho uso y como un medio que se valora como eficaz para aliviar estados emocionales negativos.

El modelo plantea, además, la presencia de factores distales y proximales que podrían favorecer el desarrollo de un uso problemático de Internet. La psicopatología previa (por ejemplo, depresión o ansiedad) es considerada como una posible **causa distal**, mientras que las cogniciones desadaptativas conforman **causas proximales**, que generan y mantienen en el tiempo la conducta disfuncional.

Una limitación de este planteamiento teórico es la inclusión de diferentes modalidades de conductas problemáticas derivadas del uso de Internet como si se trataran de fenómenos idénticos, (por ejemplo, conductas excesivas de compras, visionado de pornografía, juegos en línea).

**Modelo de desarrollo
y mantenimiento
de la adicción
a Internet
generalizada
frente a específica
(Brand et al., 2014)**

En este modelo los elementos que lo conforman se presentan como **interconectados a través de vínculos top-down y bottom-up**. En el modelo tiene un papel central el control, que es posibilitado a través de las funciones ejecutivas. La falta de control que caracteriza los procesos adictivos se iría haciendo más marcada por acción de los refuerzos positivos y negativos que irían vinculando las conductas desadaptativas de uso excesivo de Internet con las consecuencias derivadas de su accionar; consecuencias que son interpretadas como positivas, ya sea por el alivio que suponen ante estados de ánimo negativos (refuerzo negativo), o ya por los efectos gratificantes que surgen directamente de dichas conductas (refuerzo positivo).

El modelo tiene en cuenta **factores predisponentes** como son las cogniciones disfuncionales (las cuales inciden en las emociones, en las conductas y en las **consecuencias** y se ven también reforzadas por aquellas) y la presencia de psicopatología previa, con repercusiones sobre la falta de control, sobre las emociones, las conductas, las consecuencias y las cogniciones. En la misma línea que Davis (2001), sugiere dos posibles perfiles de uso adictivo de Internet, uno específico y otro generalizado. Una de las limitaciones del modelo es no tener en cuenta particularidades de las diferentes problemáticas que conforman este amplio paraguas conceptual.

**Modelo
cognitivo-conductual
del trastorno de
juego por Internet
(Dong y Potenza, 2014)**

El primer modelo que se centra exclusivamente en el trastorno de juego online. Los tres componentes que lo conforman incluyen una **esfera motivacional** (búsqueda de sensaciones y liberación del estrés), una de **control ejecutivo**, y otra de **toma de decisiones**.

En el modelo se recoge de forma explicativa el proceso a través del cual se consolida la conducta adictiva, y cómo la ejecución repetitiva de esta va debilitando, de forma progresiva, la capacidad autorregulatoria de la persona, quien empieza a tomar decisiones basadas en la recompensa inmediata sin considerar consecuencias a medio o largo plazo. En este proceso contribuyen los reforzamientos positivos y negativos, y los sesgos cognitivos en relación con el juego Online, que se van fortaleciendo paulatinamente.

Una de las limitaciones del modelo es la poca evidencia empírica posterior a su publicación en torno a los vínculos teóricos reflejados en él (que surgen principalmente de estudios sobre adicciones a sustancias), así como respecto de las líneas terapéuticas sugeridas para el abordaje de los elementos que lo conforman.

**Modelo
neurocognitivo
tripartito del
trastorno de juego
por Internet
(Wei et al., 2017)**

El modelo de Wei et al. (2017) propone tres componentes vinculados con el trastorno de juego online: un **sistema impulsivo** que se encuentra hiperactivo, un **sistema reflexivo** que se halla en estado hipoactivo o que es ineficaz y un **sistema interoceptivo** que no logra establecer el balance entre los otros sistemas (impulsivo y reflexivo).

En el modelo se recoge, de manera explicativa, evidencia que respalda la existencia de estos tres componentes. El modelo incorpora las áreas cerebrales encargadas de cada uno de estos sistemas, y añade el córtex insular como el responsable del sistema interoceptivo, que va a mediar entre los impulsos y las decisiones deliberadas.

FIN

Belloch, Sandín, Ramos Campos, and Sandín,
Bonifacio. Manual De Psicopatología. 3ª edición.
Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana De España,
2020. Print.

