

TRASTORNO DE JUEGO Y ACTOS ILEGALES: ASPECTOS DIAGNÓSTICOS, CLÍNICOS Y DE TRATAMIENTO



Susana Jimenez-Murcia, PhD

Unidad de Juego Patológico
Servicio Psiquiatría
Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL
CIBERobn-ISCI11
Facultad Medicina-UB
sjimenez@bellvitgehospital.cat

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- Desde su primera publicación en 1952, el DSM ha sido revisado en 4 ocasiones.
- La website del DSM-5 recibió 520 comentarios sobre el apartado de Trastornos por Uso de Sustancias.
- Uno de los cambios más significativos en todos los trastornos de este apartado ha sido la eliminación del criterio sobre actos ilegales.

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

FIGURE 1. DSM-IV and DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders

	DSM-IV Abuse ^a		DSM-IV Dependence ^b		DSM-5 Substance Use Disorders ^c	
Hazardous use	X	} ≥1 criterion	-	} ≥3 criteria	X	} ≥2 criteria
Social/interpersonal problems related to use	X		-		X	
Neglected major roles to use	X		-		X	
Legal problems	X		-		X	
Withdrawal ^d	-		X		X	
Tolerance	-		X		X	
Used larger amounts/longer	-		X		X	
Repeated attempts to quit/control use	-		X		X	
Much time spent using	-		X		X	
Physical/psychological problems related to use	-		X		X	
Activities given up to use	-		X		X	
Craving	-		-		X	

^a One or more abuse criteria within a 12-month period *and* no dependence diagnosis; applicable to all substances except nicotine, for which DSM-IV abuse criteria were not given.

^b Three or more dependence criteria within a 12-month period.

^c Two or more substance use disorder criteria within a 12-month period.

^d Withdrawal not included for cannabis, inhalant, and hallucinogen disorders in DSM-IV. Cannabis withdrawal added in DSM-5.

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- El juego patológico (JP) se clasificaba en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como un “Trastorno del Control del Impulso no clasificado en otros apartados”.
- En el DSM-5 ha sido renombrado “Trastorno de Juego” (TJ), ubicándose en la categoría “Trastornos Adictivos y Relacionados con Sustancias”.

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- Es necesario especificar:
 - Episódico o persistente
 - En remisión temprana (entre 3 y 12 meses) o mantenida (12 meses o más)
- Nivel de gravedad:
 - 4-5 leve
 - 6-7 moderado
 - 8-9 grave

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- Los cambios que se han considerado para esta reclasificación se han basado en:
 - Escasa especificidad de la categoría “Trastornos del Control de los Impulsos”, aplicable a múltiples problemas psicológicos y que no explica la naturaleza del trastorno.
 - Similitudes fenotípicas y de respuesta al tratamiento, entre el TJ y los trastornos por uso de sustancias.
 - Elevada comorbilidad del TJ con trastornos por uso de sustancias.

(Holden, 2010; Mitzner et al., 2011)

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- El DSM-5 también ha reducido el umbral para el diagnóstico del TJ, pasando de 5 criterios a 4.
- Este cambio es el resultado de los estudios que han demostrado que un punto de corte de 4 incrementa la sensibilidad en la identificación del trastorno y mejora la precisión diagnóstica (Stinchfield, 2005; Stinchfield et al., 2005; Jiménez-Murcia et al., 2009).

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- Finalmente, el DSM-5 ha eliminado el criterio “actos ilegales”, como parte del TJ.
- El criterio se definía la comisión de falsificación, fraude, malversación y robo, para financiar la conducta de juego.
- Mientras que la preocupación por el juego y recuperar pérdidas son los síntomas más comunes en los casos más leves, la presencia de actos ilegales está directamente relacionada con la severidad y un peor pronóstico (Strong & Kahler, 2007).

Criterios Diagnósticos de TJ

DSM-IV

Preocupación por el Juego

Necesidad jugar con más din.

Fracaso intentos control

Intranquilidad cuando para

Jugar para escapar problemas

Juega para recuperar perdido

Mentiras a la familia/otros

Comisión actos ilegales

Pérdida relaciones significativ.

Confía otros darán dinero

DSM-5

Preocupación por el Juego

Necesidad jugar con más din.

Fracaso intentos control

Intranquilidad cuando para

Jugar para escapar problemas

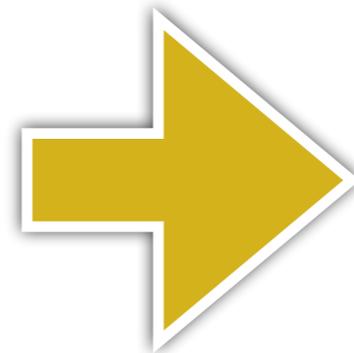
Juega para recuperar perdido

Mentiras a la familia/otros

Comisión actos ilegales

Pérdida relaciones significativ.

Confía otros darán dinero



Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- El criterio de actos ilegales no discrimina mejor la presencia del trastorno, ni la precisión diagnóstica (Petry et al., 2013).
- Estudios realizados en población general y clínica, demuestran que este criterio raramente se observa en ausencia de otros y, generalmente, se asocia a los cuadros más graves.

Trastorno de juego

Aspectos diagnósticos

- Sin embargo, eliminarlo no significa obviar su importante relevancia legal y clínica.
- En conclusión, las evidencias empíricas demuestran que los actos ilegales, en el TJ, deben considerarse como el resultado de una patología grave más que como un criterio necesario para el diagnóstico del trastorno.

Preguntas de interés clínico

- ¿Contribuyen los actos ilegales al diagnóstico del juego patológico o del trastorno de juego?
- ¿Existen subtipos diferenciados de jugadores patológicos que han cometido actos ilegales o se trata de un grupo homogéneo?
- ¿Cómo podemos mejorar las terapias para el juego patológico? ¿Es posible identificar indicadores de éxito o fracaso terapéutico?



Preguntas de interés clínico

- ¿Contribuyen los actos ilegales al diagnóstico del juego patológico o del trastorno de juego?
- ¿Existen subtipos diferenciados de jugadores patológicos que han cometido actos ilegales o se trata de un grupo homogéneo?
- ¿Cómo podemos mejorar las terapias para el juego patológico? ¿Es posible identificar indicadores de éxito o fracaso terapéutico?



ESTUDIO I

CONTRIBUCIÓN DE LOS ACTOS ILEGALES AL DIAGNÓSTICO DEL TJ



OBJETIVOS

- a) Examinar la contribución de los AI en los criterios diagnósticos en una amplia muestra de pacientes con TJ.
- b) Comparar los fenotipos clínicos de los pacientes con TJ, con y sin actos ilegales.



MÉTODO

Sujetos

- La muestra consistió en 2.155 pacientes ambulatorios consecutivos, que fueron atendidos en el HUB, entre 2003 y 2011.
- Todos los pacientes fueron diagnosticados siguiendo criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) e instrumentos específicos.
- La cohorte inicial se dividió en dos grupos, en función de la presencia o no de actos ilegales. El grupo TJ+AI estaba formado por 498 pacientes y el grupo TJ-AI por 1.656.

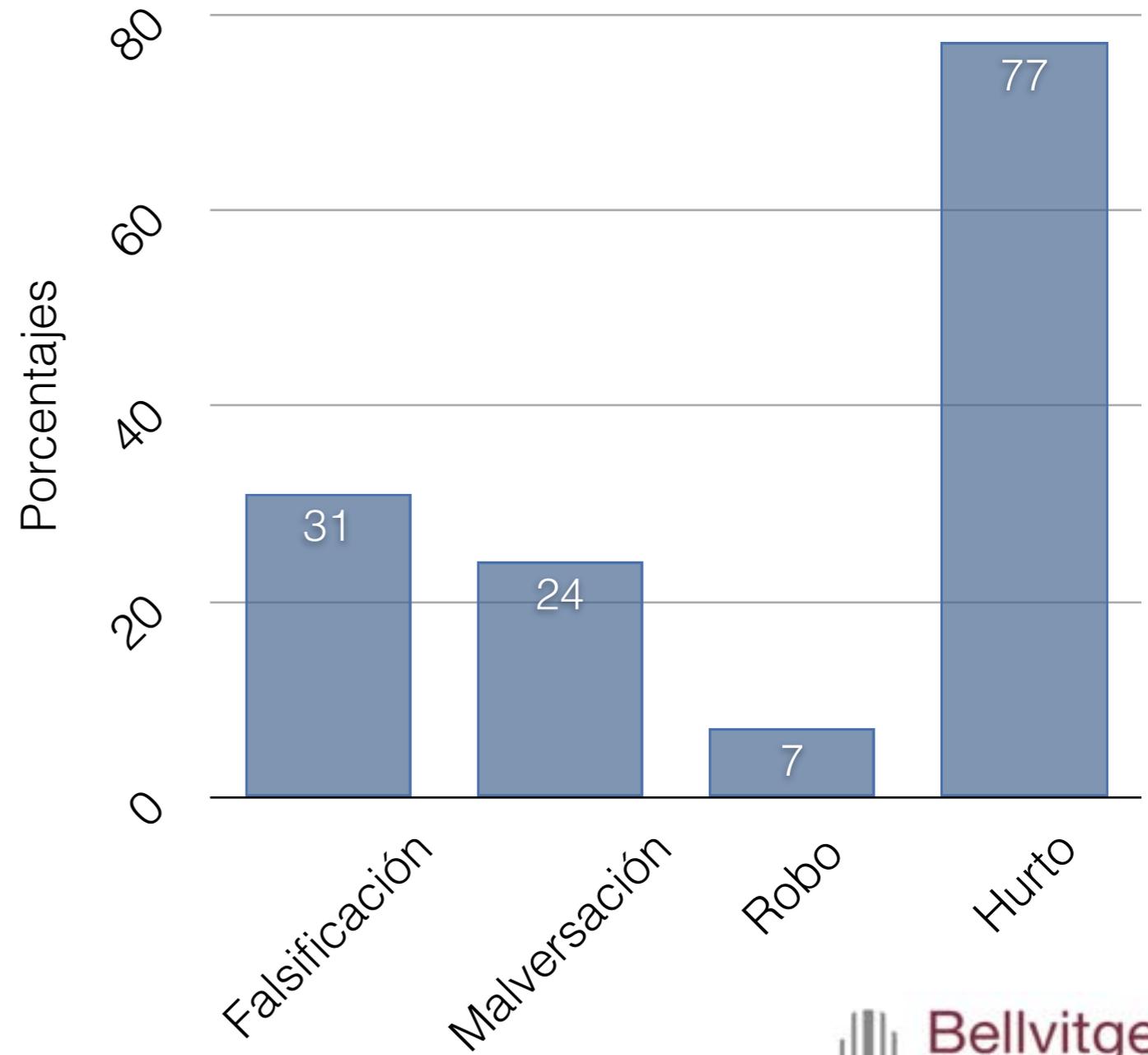
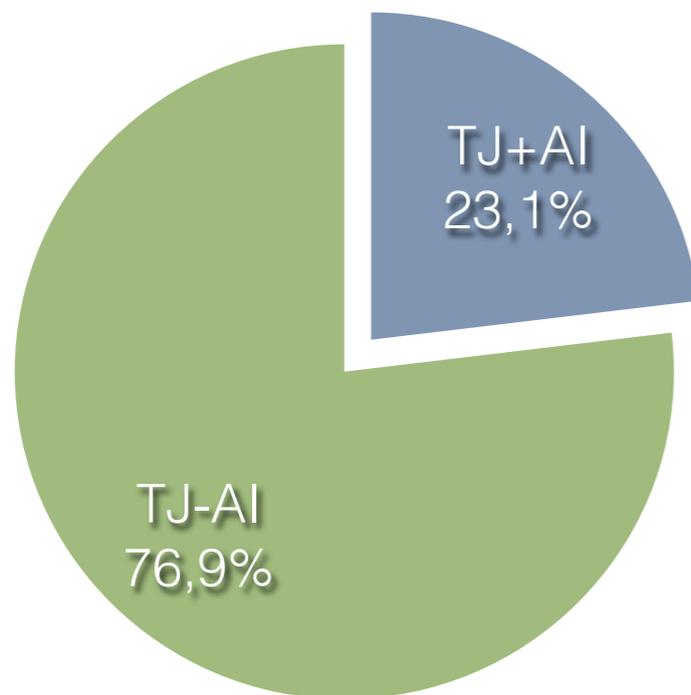
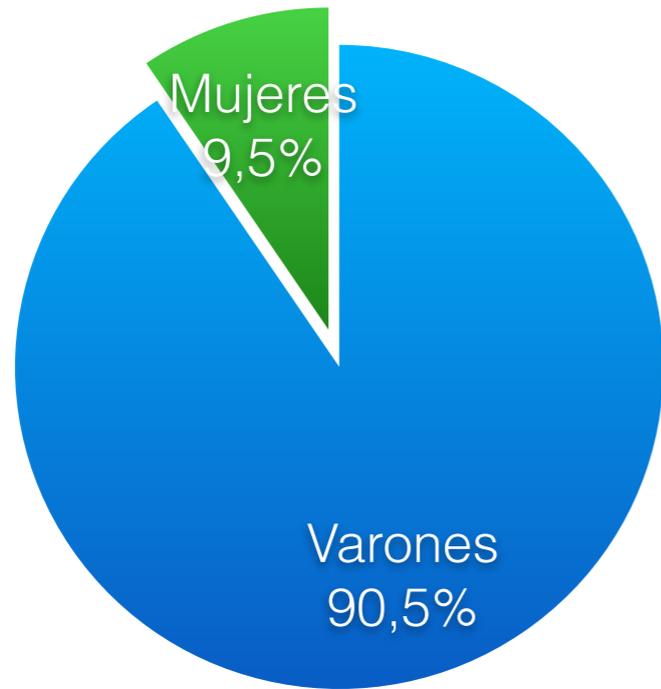
MÉTODO

Sujetos

- La media de edad fue de 42.2 años (DE=13.4), con una edad media de inicio de 36.3 años (DE=13.2), y con una media de 5.6 años de evolución (DE=6.1). La mayoría, un 67.7% tenían estudios primarios.
- Un 44.9% de los TJ+AI estaban desempleados y un 44% eran solteros. Estas tasas eran significativamente más elevadas que en el grupo de TJ-AI.

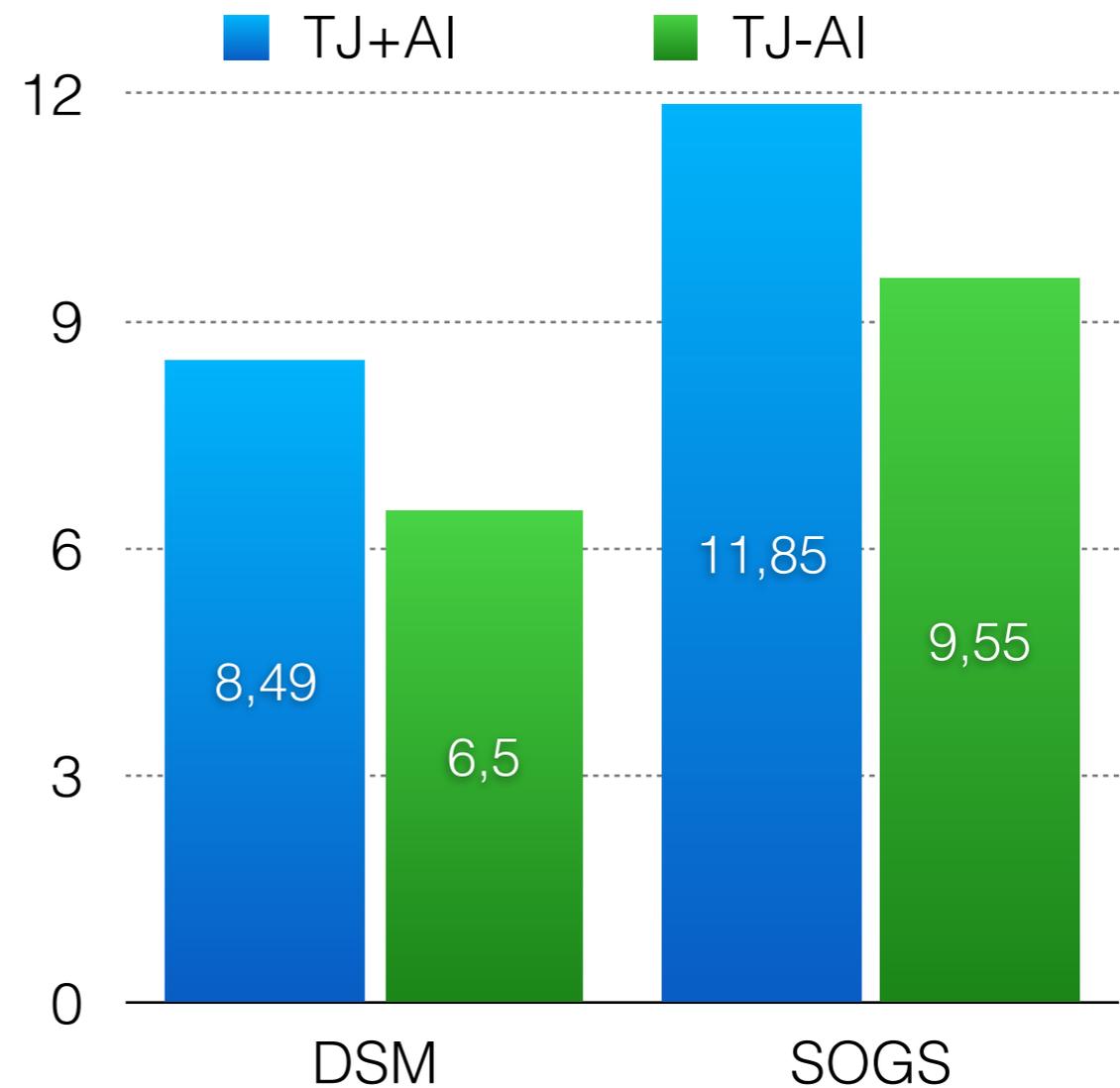
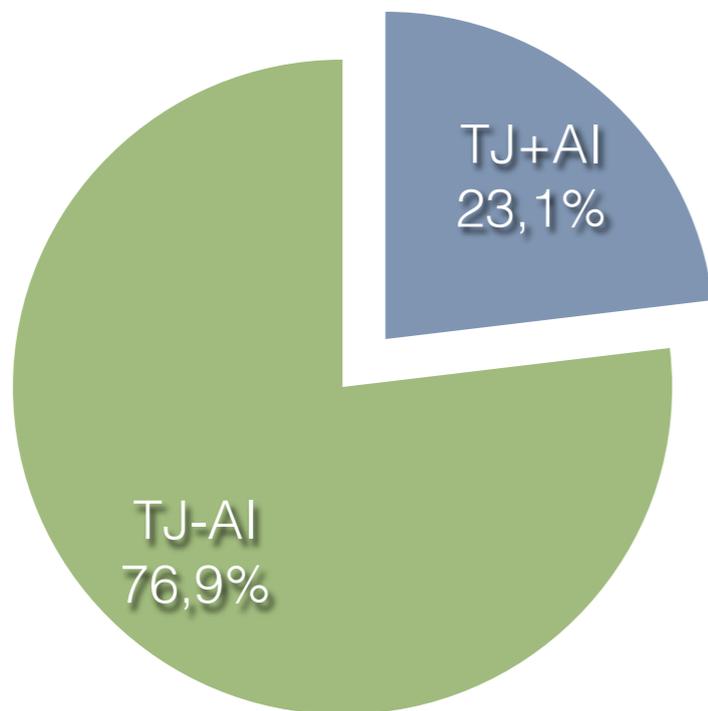
RESULTADOS

N=2.155



RESULTADOS

N=2.155

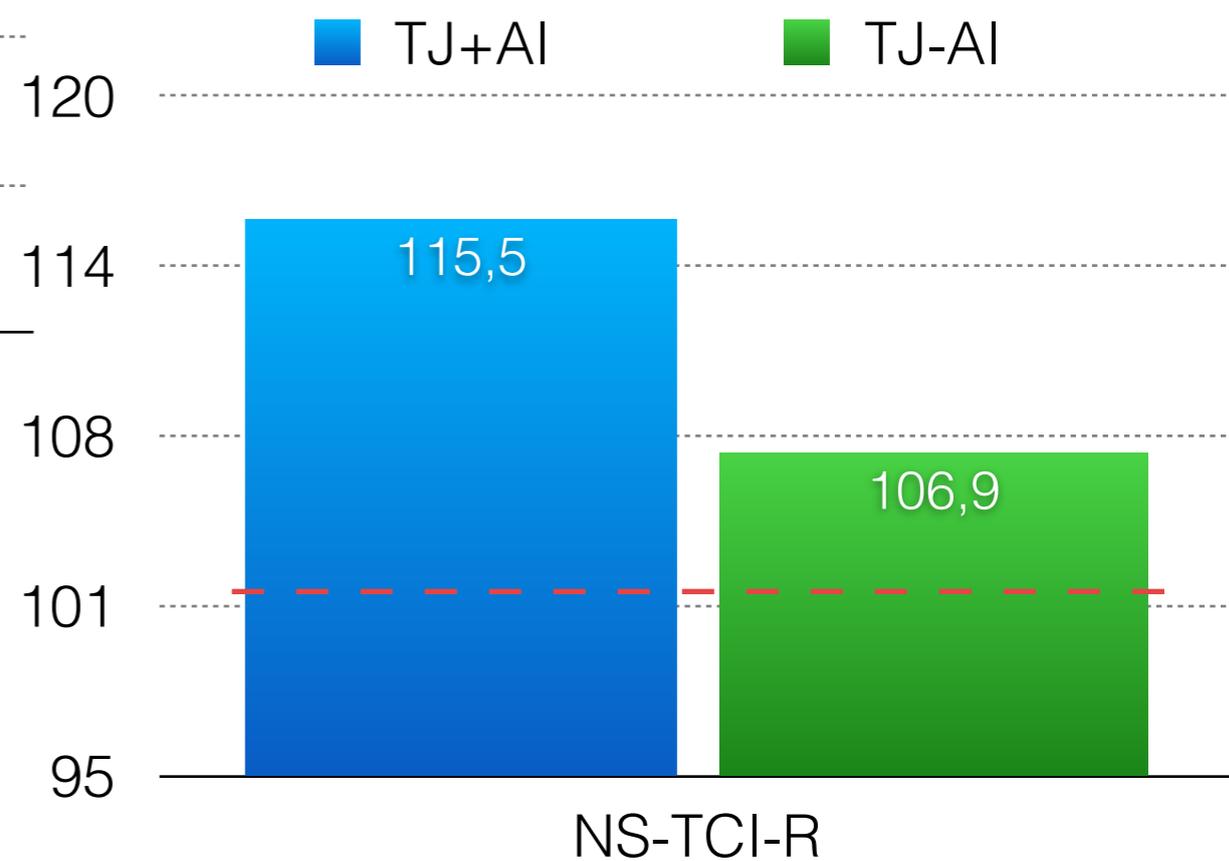
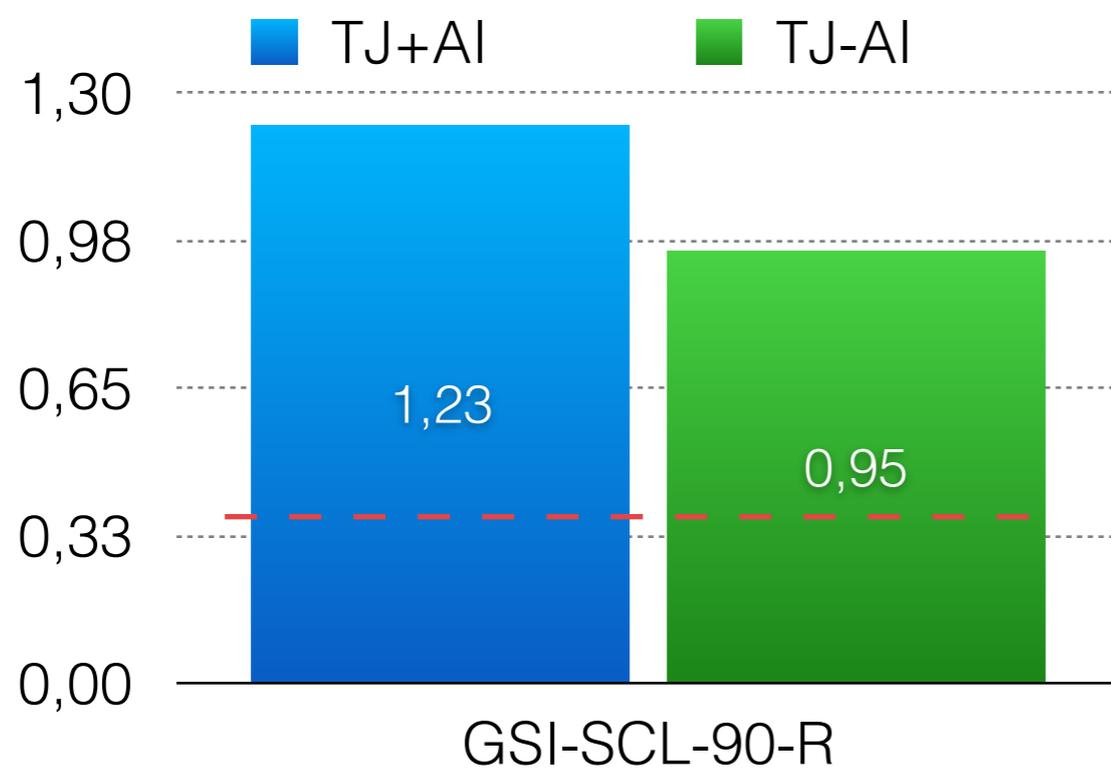


$p < .001$; d Cohen 1.107**

$p < .001$; d Cohen 0.747**

RESULTADOS

N=2.155



RESULTADOS

N=2.155

	Prevalences or means			Comparison for IA	
	Total (n=2,155)	Without IA (n=1,656)	With IA (n=498)	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
DSM-A1. Preoccupations with gambling; %	70.00%	65.92%	83.53%	<.001	0.414
DSM-A2. Needs of gamble with more money; %	55.29%	51.45%	68.07%	<.001	0.344
DSM-A3. Unsuccessful efforts to control; %	89.51%	88.83%	91.77%	.061	0.099
DSM-A4. Restless-irritable when stop gambling; %	61.23%	59.30%	67.67%	.001	0.175
DSM-A5. Gambles for escaping of problems; %	68.80%	66.67%	75.90%	<.001	0.205
DSM-A6. Returns to gamble after losing money; %	78.17%	75.95%	85.54%	<.001	0.245
DSM-A7. Lies to family members or others; %	92.15%	90.58%	97.39%	<.001	0.289
DSM-A8. Illegal acts; %	23.12%	0%	100.00%	---	---
DSM-A9. Lost a significant relationship-job-...; %	83.70%	81.10%	92.37%	<.001	0.337
DSM-A10. Relies on other to provide money; %	73.85%	69.91%	86.95%	<.001	0.423
DSM-A. Total criteria; <i>mean</i>	6.96	6.50	8.49	<.001	1.107**

RESULTADOS

N=2.155

	Prevalences or means			Comparison for IA	
	Total (n=2,155)	Without IA (n=1,656)	With IA (n=498)	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
Number of addictive gamblers; <i>mean</i>	1.3	1.2	1.3	.019	0.115
Suicidal ideation related to gambling; %	21.51%	21.69%	20.90%	.752	0.019
Suicidal behaviors related to gambling; %	8.04%	7.07%	11.18%	.004	0.143
Mental disorders (present); %	33.42%	31.71%	38.90%	.004	0.151
History of mental disorders (past); %	42.96%	41.16%	48.72%	.004	0.153
History of mental disorders (family); %	60.18%	57.89%	67.60%	<.001	0.202
Smoker (yes) ; %	73.30%	71.77%	78.27%	.006	0.151
Maximum bets (euros); <i>mean</i>	900.4	771.0	1330.1	<.001	0.186
Mean bets (euros); <i>mean</i>	176.4	142.4	296.5	.002	1.151**
Cumulate debts (euros); <i>mean</i>	9764.5	9059.2	12075.8	.079	0.105
# of previous consultations for gambling; <i>mean</i>	0.83	0.71	1.20	.020	0.122

CONCLUSIONES

- El criterio sobre actos ilegales fue el menos frecuente en la muestra estudiada.
- Este criterio presentó menor contribución a la validez diagnóstica del TJ.
- Se obtuvo una asociación entre severidad del TJ y la presencia de actos ilegales.
- Los resultados confirmaron que los actos ilegales deben ser considerados más como una consecuencia de la severidad de la psicopatología, que como un criterio necesario para establecer el diagnóstico de TJ.

Preguntas de interés clínico

- ¿Contribuyen los actos ilegales al diagnóstico del juego patológico o del trastorno de juego?
- ¿Existen subtipos diferenciados de jugadores patológicos que han cometido actos ilegales o se trata de un grupo homogéneo?
- ¿Cómo podemos mejorar las terapias para el juego patológico? ¿Es posible identificar indicadores de éxito o fracaso terapéutico?



ESTUDIO II

SUBTIPOS DE JUGADORES PATOLÓGICOS EN BASE A LOS ACTOS ILEGALES



OBJETIVOS Y PARTICIPANTES

- Explorar la existencia de subgrupos empíricos en una muestra de **378 pacientes** consecutivos con diagnóstico de TJ, y que habían cometido actos ilegales, como consecuencia de su problema de juego.
- Analizar la evolución de los subgrupos a lo largo del tiempo (2004-2012).



Subtipos de pacientes con TJ+AI

Subtipo I

Mujeres, estudios primarios, elevadas tasas de desempleo, bajo nivel de ingresos, mayor tasa de antecedentes psiquiátricos, mayor psicopatología y perfiles de personalidad más disfuncionales (elevadas NS y HA, muy bajas RD, SD y C). Rasgos antisociales de personalidad.

Subtipos II y IV

Moderada psicopatología, perfil de personalidad característico de pacientes con TJ: elevada NS, y bajas SD y C. Solo se diferencian en nivel educativo y consecuencias más graves de la conducta de juego

Subtipo III

Jóvenes, estudios universitarios, solteros, edad de inicio temprana, moderada psicopatología, perfil de personalidad característico en el TJ. Como principal problema *juego por internet*.

Subtipos de pacientes con TJ+AI

Subtipo I

Mujeres, estudios primarios, elevadas tasas de desempleo, bajo nivel de ingresos, mayor tasa de antecedentes psiquiátricos, mayor psicopatología y perfiles de personalidad más disfuncionales (elevadas NS y HA, muy bajas RD, SD y C). Rasgos antisociales de personalidad.

Subtipos II y IV

- Carmen, 28 años, estudios primarios, taller protegido.
- Trastorno psicótico en familiar de 2º grado.
- Trastorno límite de la personalidad y discapacidad intelectual.
- Soporte familiar.
- Robo tarjetas crédito a familiares y conocidos.
- Pendiente de juicio por denuncias.

Subtipo III

- María, 46 años, dependiente en paro, estudios primarios.
- Enolismo y suicidio consumado en familiar primer grado.
- Maltratos en la infancia.
- Disforia y consumo sustancias.
- Conducta robo en caja supermercado en el que trabajaba.
- Medidas preventivas.

Subtipos de pacientes con TJ+AI

Subtipo I

Mujeres, estudios primarios, elevadas tasas de desempleo, bajo nivel de ingresos, mayor tasa de antecedentes psiquiátricos, mayor psicopatología y perfiles de personalidad más disfuncionales (elevadas NS y HA, muy bajas RD, SD y C). Rasgos antisociales de personalidad.

Subtipos II y IV

Moderada psicopatología, perfil de pacientes con TJ: elevada NS, y bajo nivel educativo y consecuencias negativas.

Subtipo III

Jóvenes, estudios universitarios, moderada psicopatología, perfil de personalidad. Como principal problema juego patológico.

- Pedro 32 años, empleado almacén, estudios secundarios inacabados.
- Sin antecedentes interés.
- Buena adaptación socio-laboral.
- Soporte familiar.
- Atraco en la calle con amenaza arma blanca.
- Víctima declaró a su favor.
- Cumpliendo condena cárcel.

Subtipos de pacientes con TJ+AI

Subtipo I

Mujeres, estudios primarios, elevadas tasas de desempleo, bajo nivel de ingresos, mayor tasa de antecedentes psiquiátricos, mayor psicopatología y perfiles de personalidad más disfuncionales (elevadas NS y HA, muy bajas RD, SD y C). Rasgos antisociales de personalidad.

Subtipos II y IV

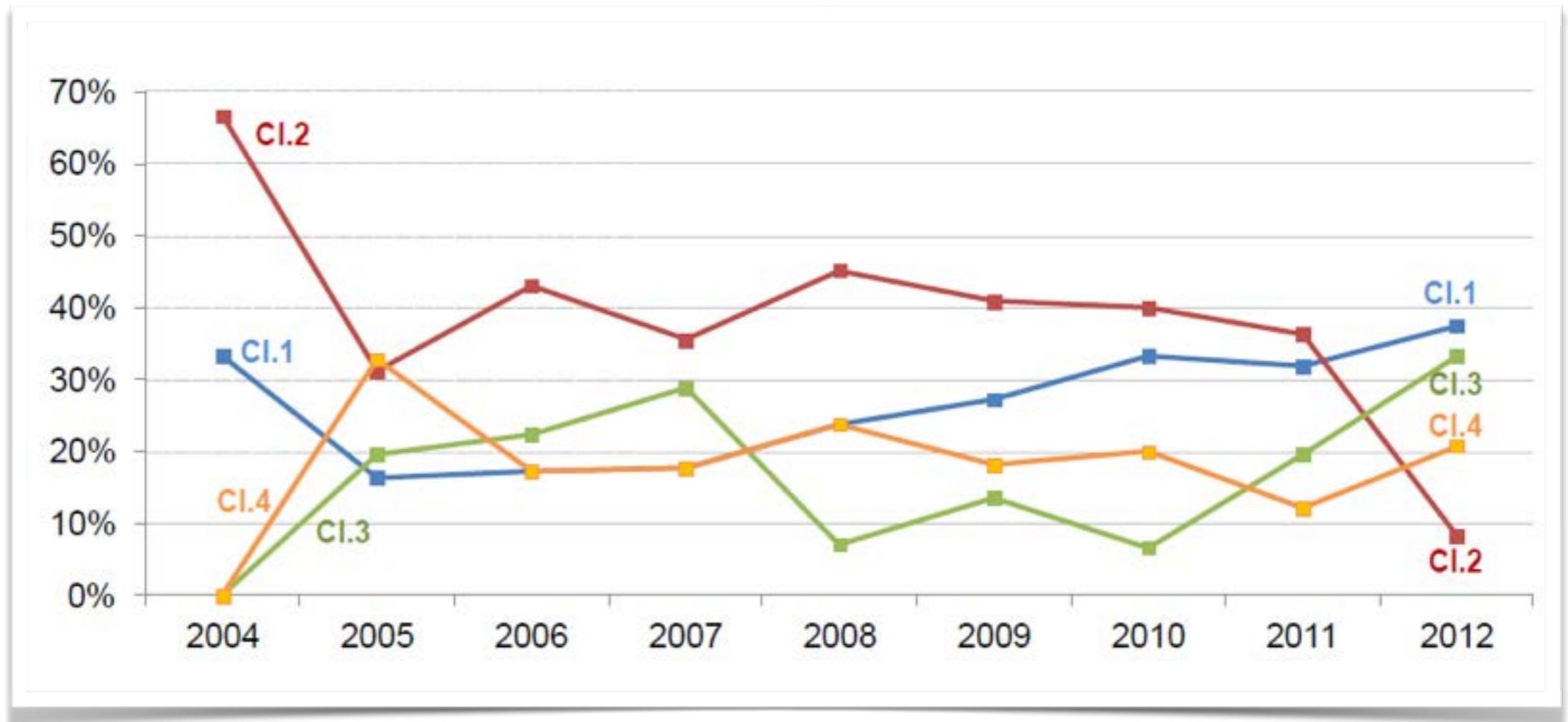
Moderada psicopatología, perfil de pacientes con TJ: elevada NS, y bajo nivel educativo y consecuencias negativas.

Subtipo III

Jóvenes, estudios universitarios, moderada psicopatología, perfil de personalidad más funcional. Como principal problema juego patológico.

- **Jordi**, 30 años, empleado de banca, estudios universitarios.
- Distimia familiar 1er grado y JP en familiar de 2º grado.
- Consumo de alcohol y cannabis.
- Falsificación documentos en su puesto de trabajo.
- Pendiente de juicio.

Evolución Subtipos (2004-12)



CONCLUSIONES

- Subtipo I formado por individuos que, probablemente, presentan mayor sustrato neurobiológico.
- Necesidad de combinar tratamientos psicofarmacológicos con tratamientos psicológicos.
- Diseño de programas de tratamiento específicos, dirigidos a mejorar la capacidad de regulación emocional, autocontrol, manejo del estrés y aumento de habilidades e integración social.

Preguntas de interés clínico

- ¿Contribuyen los actos ilegales al diagnóstico del juego patológico o del trastorno de juego?
- ¿Existen subtipos diferenciados de jugadores patológicos que han cometido actos ilegales o se trata de un grupo homogéneo?
- ¿Cómo podemos mejorar las terapias para el juego patológico? ¿Es posible identificar indicadores de éxito o fracaso terapéutico?



ESTUDIO III PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO



Jiménez-Murcia et al., in press

Predictores de respuesta a la TCC

- La TCC se ha descrito como un **tratamiento** efectivo para el TJ, con tasas de abstinencia post-tratamiento que oscilan entre 45-75% (Dunn et al., 2011; Jiménez-Murcia et al., 2007).
- Sin embargo, los estudios de **seguimiento** a 5 años muestran altas tasas de recurrencia (Hodgins & el-Guebaly, 2010).
- Asimismo, también las tasas de **abandonos** son elevadas, durante el tratamiento y el seguimiento, que oscilan entre el 30%-50% (Melville et al., 2007; Smith et al., 2010).

Predictores de respuesta a la TCC

- Dificultades de regulación emocional, búsqueda de excitación, baja tolerancia al aburrimiento, dificultades de planificación y toma de decisiones, cogniciones acerca de ganar dinero, suelen ser desencadenar recaídas (Hodgins & el-Guebaly, 2010).
- Algunos mediadores de la respuesta al tratamiento han sido variables sociodemográficas como la edad, el nivel de estudios, soporte social, aspectos emocionales o rasgos de personalidad (Bischof et al., 2014).

Predictores de respuesta a la TCC

- Analizar una amplia muestra de pacientes consecutivos, con diagnóstico de TJ, que habían solicitado tratamiento por su problema de juego.
- Todos ellos recibieron **16 sesiones de TCC**, con frecuencia semanal, más seguimiento al mes, 3, 6, 12 y 24 meses.



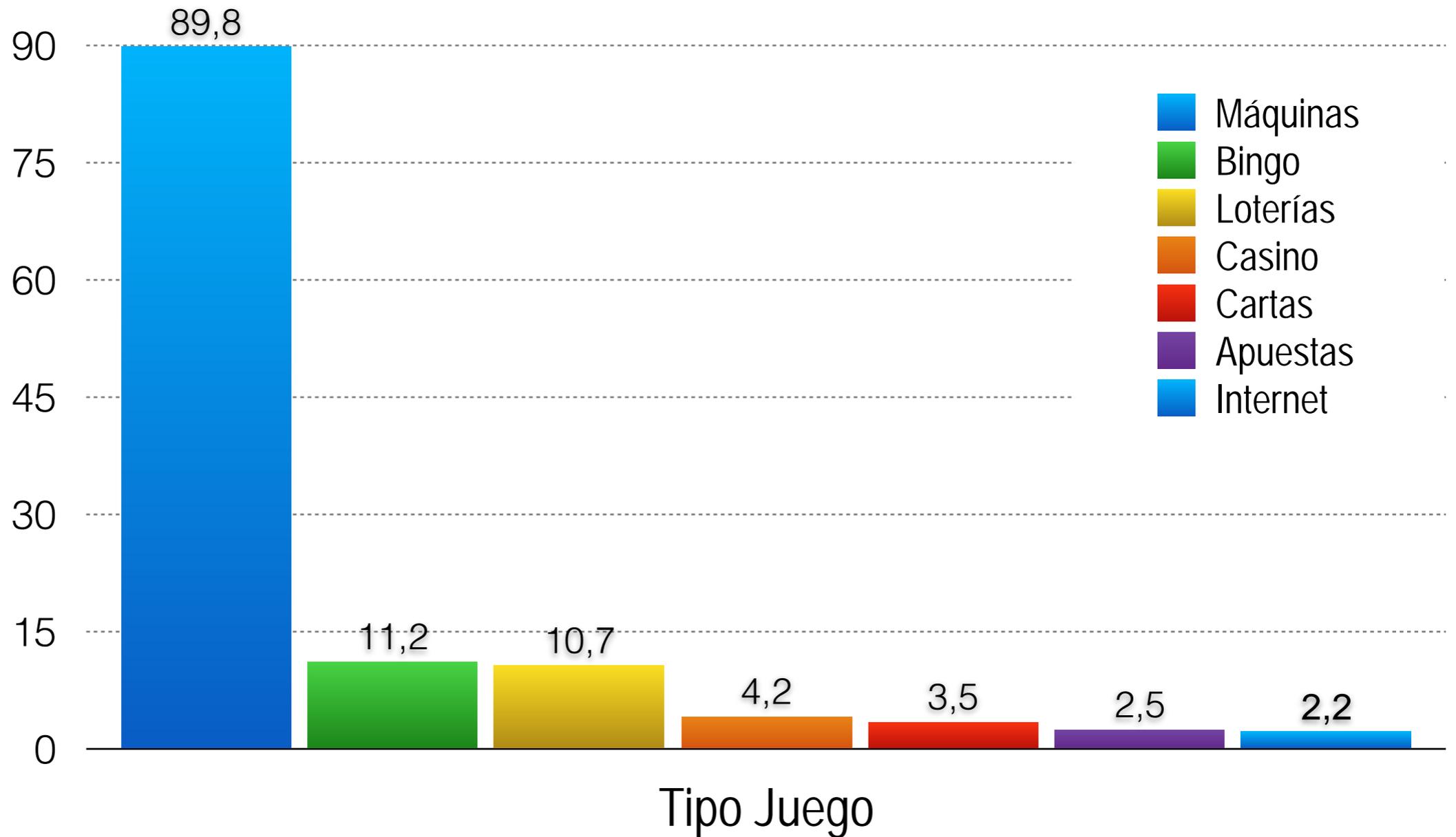
Objetivos

- 1) Describir los cambios en psicopatología y conducta de juego tras el tratamiento.
- 2) Identificar tasas de abandonos y recaídas, durante el tratamiento y el seguimiento a 3 meses.
- 3) Analizar psicopatología y personalidad como predictores de respuesta al tratamiento (recaídas y abandonos).

Descripción de la muestra

Gender: males; %		94.5
Age (years); <i>Mean (SD)</i>		41.2 (12.5)
Education level; %	<i>University completed</i>	4.0
	<i>Secondary completed</i>	39.7
	<i>Primary completed</i>	54.9
	<i>Less than primary</i>	1.4
Civil status; %	<i>Divorced</i>	10.4
	<i>Married</i>	58.3
	<i>Single-widow</i>	31.3
Employment status (employed); %		73.5

Descripción de la muestra



Descripción de la muestra

Total number of games; <i>Mean (SD)</i>	1.26 (0.61)
Maximum money spent/episode (euros) ; <i>Mean (SD)</i>	776.8 (1686.2)
Amount of money spent/episode (euros) ; <i>Mean (SD)</i>	102.1 (205.3)
Total accumulated debts (euros) ; <i>Mean (SD)</i>	6597.5 (14970.8)
Own income (euros) ; <i>Mean (SD)</i>	1382.5 (684.2)
Family income (euros) ; <i>Mean (SD)</i>	2295.5 (1173.3)

Protocolo de evaluación y tratamiento



Tractament
cognitivoconductual per al
joc patològic i d'altres
addiccions no tòxiques

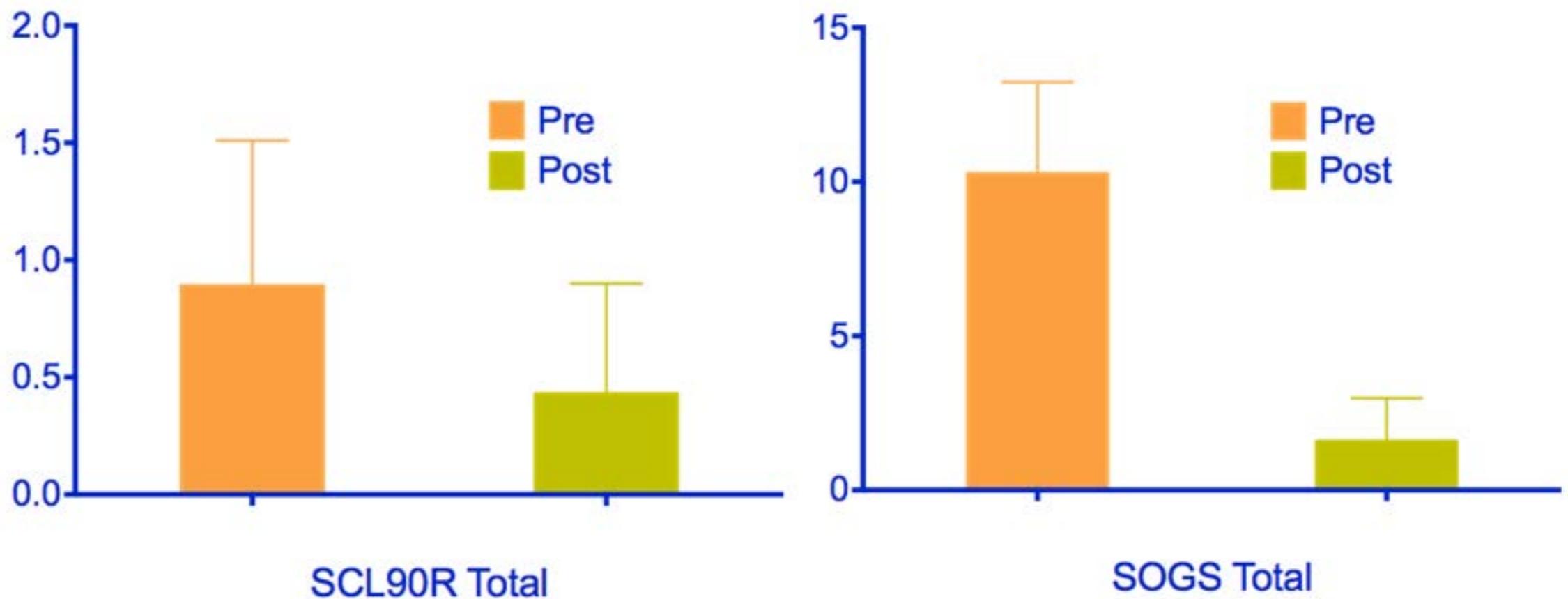
Tratamiento

Tratamiento individual/grupal de 16 sesiones con frecuencia semanal:

- Control de estímulos
- Técnicas cognitivas
- Refuerzo y autorrefuerzo
- Autoinstrucciones
- Entrenamiento en habilidades
- Prevención de recaídas
- Asistencia de la familia a 7 sesiones

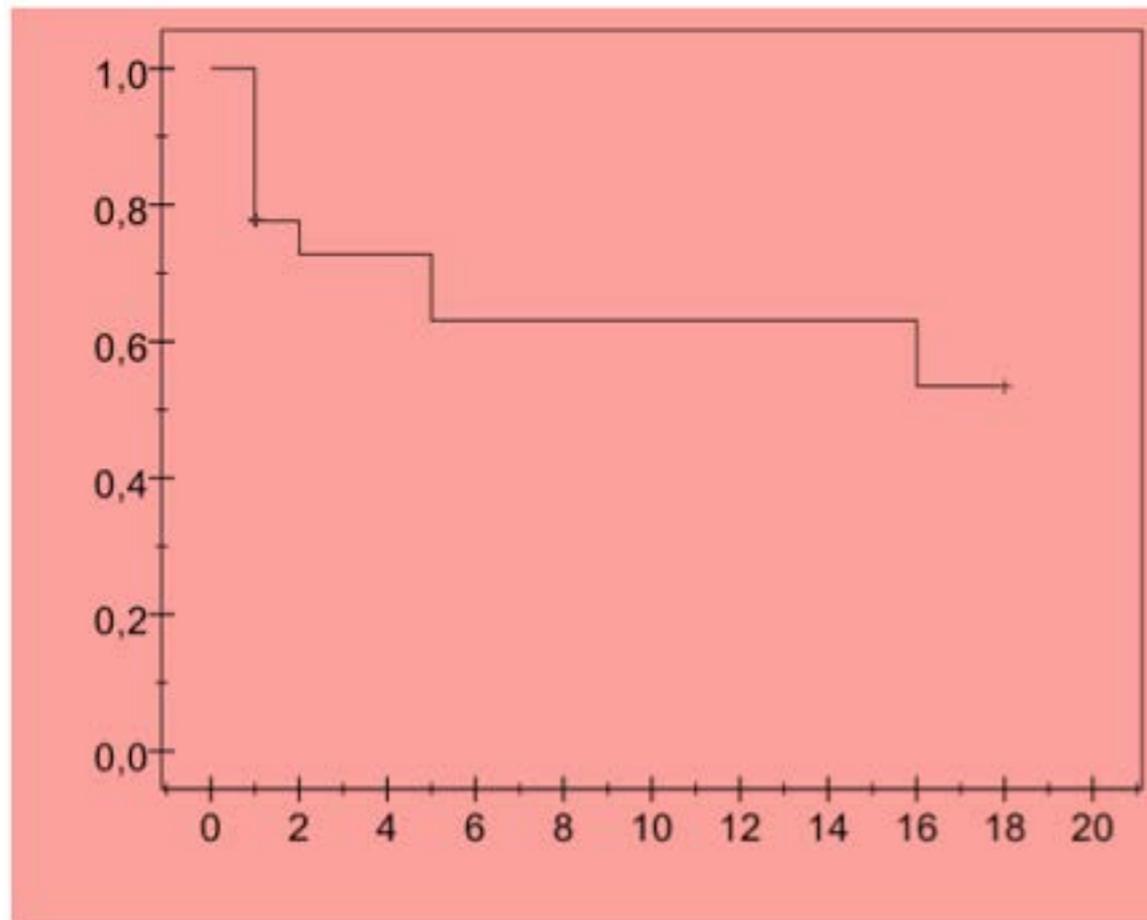
Resultados

Cambios pre-post tratamiento



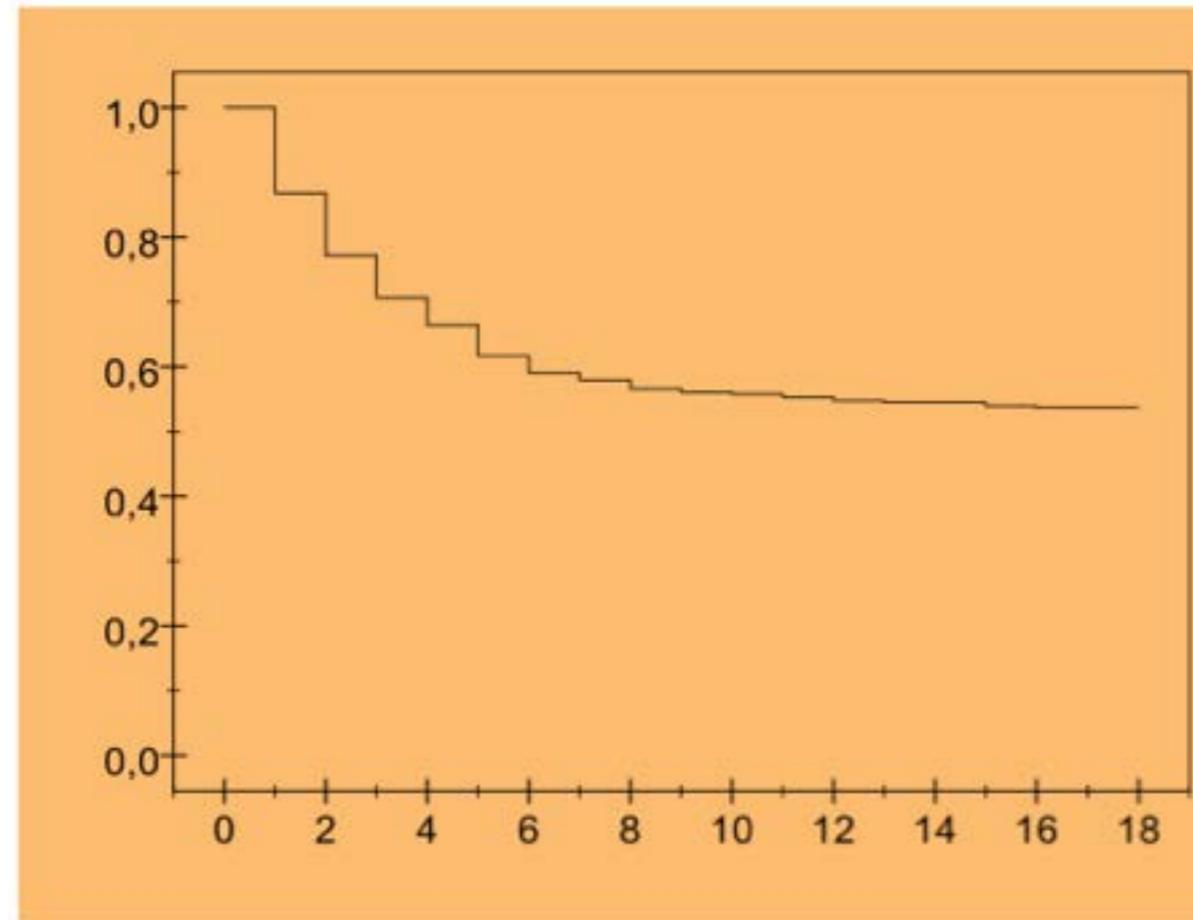
Resultados

Recaídas



Recaídas (criterio: ≥ 1): 46,6%

Abandonos



Abandono (criterio: ≥ 3): 44,5%

Resultados: Predictores

A. Pobre respuesta a la TCC

- Edad de inicio temprana ($p < .001$)
- Bajo nivel de estudios ($p < .005$)
- Máxima apuesta ($p < .029$)
- Pareja como co-terapeuta ($p < .003$)

B. Buena respuesta a la TCC

- Rasgos de personalidad
 - Elevadas puntuaciones en SD y C ($p < .013$; $p < .036$)
 - Bajas puntuaciones en NS y RD ($p < .003$; $p < .03$)

Conclusiones

- La muestra se caracterizaba por varones, activos laboralmente y jugadores de máquinas.
- Todos ellos presentaban elevados niveles de psicopatología, que mejoraban tras el tratamiento.
- El perfil de personalidad caracterizado por baja impulsividad, capacidad de planificación, auto-eficacia, toma de decisiones y empatía, se asociaba a éxito terapéutico.

Conclusiones

- En las primeras sesiones eran en las que se producían más abandonos y recaídas. Importante alianza terapéutica, clima de confianza y compromiso.
- Una edad de inicio temprana, bajo nivel de estudios, determinados rasgos de personalidad y el hecho de que el co-terapeuta fuera la pareja, fueron predictores de pobre respuesta al tratamiento.

Conclusiones generales

- El criterio de **actos ilegales** no contribuye a la precisión diagnóstica del trastorno.
- Pueden identificarse **subtipos diferenciados** de pacientes con juego patológico, que han cometido actos ilegales. Se observa una evolución a lo largo de los años, con la aparición de un nuevo subtipo de jóvenes, con mayor nivel de estudios y juego online.
- Existen **indicadores de respuesta a la TCC**. Es importante identificarlos, para poder intervenir sobre ellos. Son claves la regulación emocional e impulsividad.