



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

¿Qué podemos aprender del tabaco para el juego (*gambling*)?

What can we learn from tobacco control to tackle gambling?

Autor/a: Daniel LONGO GALLARDO

Director/es: F. Javier AYESTA AYESTA

Santander, 10 de junio 2022

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN

2. EL JUEGO PATOLÓGICO COMO TRASTORNO ADICTIVO

2.1. HISTORIA

2.2. DIAGNÓSTICO

2.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON OTRAS ADICCIONES

2.4. CONCURRENCIA TRASTORNOS POR SUSTANCIAS-JUEGO

2.5. MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

2.6. TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

3 - DIMENSIONES DEL PROBLEMA

3.1. EPIDEMIOLOGÍA

3.2. PERCEPCIÓN DE PROBLEMA

3.3. TIPO DE ACTIVIDADES

3.4. LEGISLACIÓN ACTUAL: ESPAÑA

4- POTENCIALES LECCIONES DEL CONTROL DEL TABACO

4.1. QUÉ HEMOS APRENDIDO

4.2. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

4.3. TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA DEL JUEGO

4.4. PROPUESTAS PARA LA LUCHA CONTRA EL *GAMBLING*

4.2.1. A NIVEL DE GOBIERNOS

4.2.2. A NIVEL SOCIOSANITARIO Y EDUCACIONAL

4.2.3. OTRAS PROPUESTAS

5. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

La industria del tabaco es el prototipo de determinantes comerciales de la salud. Lo aprendido en el control del tabaco, fundamentalmente a partir de la elaboración e implementación del Convenio Marco de la OMS de Control del Tabaco puede ser extrapolable a otros determinantes comerciales de la salud, entre los que se encuentran las industrias de las apuestas y los juegos de azar (*gambling*).

El presente trabajo presenta un resumen de los problemas de salud pública de los que es responsable la industria del juego y ofrece una serie de medidas que podrían adoptarse para intentar proteger a los sectores de la población más vulnerables a las tácticas de estas industrias.

Palabras clave: juego, juego patológico, control del tabaco, CMCT

ABSTRACT

Tobacco industry is the prototype of commercial determinants of health. What has been learned in tobacco control, fundamentally from the preparation and implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, could be extrapolated to other commercial determinants of health, among which are included gambling industries.

This paper presents a summary of the public health problems for which the gaming industry is responsible and offers a series of measures that could be adopted to try to protect those sectors of the population that are most vulnerable to the tactics of these industries.

Keywords: gambling, pathological gambling, tobacco control, FCTC

1-INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una revisión bibliográfica sobre qué de lo que se ha aprendido en control del tabaco a lo largo de las últimas décadas puede ser de utilidad en la regulación de los juegos de azar, o juegos de apuestas, con el fin de conseguir que ocasionen menos problemas de salud pública.

La metodología ha consistido en una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos. Una vez recopilada toda la información, se llevó a cabo una lectura crítica de los artículos seleccionados para el desarrollo de este trabajo.

Gambling se utiliza en la lengua inglesa para referirse al juego en el que, de alguna manera, interviene el azar y en el que la gratificación es, por definición, de índole económica (al contado o en especie). Para determinar esta área semántica, en castellano se suele emplear el término “el juego” o “los juegos de azar”

Gaming hace referencia, en inglés, a aquellos juegos en los que predomina el componente lúdico, aunque en ocasiones pueda existir en ellos un cierto componente competitivo. A veces, en castellano se emplea el término “los juegos”, o “los videojuegos” para precisar este concepto, pero no siempre es posible aplicarlo y se emplean formas verbales más inespecíficas (“juega mucho”, “juega demasiado”).

No se debe confundir *el juego (gambling)* con *el juego patológico o ludopatía (pathological gambling)*. Aunque la cuestión del juego patológico, que es la peor consecuencia de la difusión indiscriminada del juego, será lógicamente abordada en el presente trabajo, su objetivo principal –y exclusivo– es intentar profundizar en cómo podría ser la regulación más conveniente de estas actividades.

Siempre que a lo largo de este trabajo se utilice el término “juego” se estará haciendo referencia a los juegos de azar, al *gambling*.

En el juego se observa que hay quienes juegan ocasionalmente (sería un equivalente a los consumos recreativos esporádicos), quienes son profesionales del juego (capaces de jugar cerebralmente, valorando las posibilidades reales atribuibles al azar, y sin presentar señales de trastorno adictivo), y también quienes juegan con una mayor o menor regularidad, una mayor o menor impulsividad, y una mayor o menor dependencia, algo que no es un fenómeno todo o nada, algo difícil de diagnosticar con pocos datos conductuales y clínicos.

La legalización del juego y sus daños ha contribuido al aumento de consecuencias negativas, tanto sociales como de salud, en algunos subgrupos poblacionales, entre los que se incluye el segmento juvenil sobre todo masculino, los hogares de menor nivel socio-económico y socio-educativo y, en algunos países, determinadas minorías étnicas.

Los jugadores-problema tienen un riesgo más alto de desarrollar cuadros psicopatológicos como depresión y trastornos de ansiedad, o de relacionados con el consumo de sustancias como alcoholismo, tabaquismo u otras drogas, entre otros. Se estima que, por cada persona que desarrolla problemas severos con el juego, otras 5-10 personas se ven afectadas negativamente.

La adicción al juego o ludopatía supone un problema grave en nuestra sociedad, de cuya magnitud apenas existe conciencia social. Probablemente esto se deba a que en esta área se han desarrollado menos acciones políticas y mediáticas para controlarlo que en otros problemas de salud pública, como en el tabaco, alcohol o infecciones de transmisión sexual.

Se trata de un problema serio, con importantes consecuencias personales y sociales, pero con diferencias respecto a otros problemas de salud pública: al no consumirse ninguna sustancia psicoactiva y no existir habitualmente daños orgánicos directos, la problemática suele pasar más oculta sea más oculta no siendo detectado en muchos casos, incluso graves. Es por ello importante darse cuenta de que son necesarias una serie de acciones para afrontar este grave problema que afecta a bastantes más personas de las que a simple vista parecería y que, además ha experimentado un gran aumento.

Es conveniente no olvidar que, al igual que en otros determinantes comerciales de la salud, la salud pública se enfrenta a una industria de amplios recursos interesada en

utilizar todos los medios para mantener y/o incrementar su nivel de negocio. Esto es parte del problema: mientras los agentes de salud y los gobiernos se ocupan –con más o menos interés e implicación– no solo de los problemas derivados del juego, sino de muchos otros problemas, a esas industrias les va literalmente la vida –su supervivencia– en ello. Ser consciente de la feroz oposición que cabe esperar de estas industrias y de los medios que disponen ayudan a entender cómo deben ser las actuaciones de quienes intentan defender la salud pública, los intereses de la población más vulnerable.

Como se ha podido aprender en la lucha contra las transnacionales del tabaco, estas industrias –las personas que están tras ellas– desplegarán todo lo que esté en su mano para contrarrestar, impedir, evadir o buscar el fallo de las políticas que se empleen para intentar limitar sus tácticas predatorias. Conocer cuál es la raíz del problema ayuda a enfrentarse más adecuadamente a él

En este trabajo se intentará desarrollar qué muestra la evidencia científica sobre cómo la sociedad puede afrontar mejor los problemas generados por la industria del juego. A ello ha contribuido notablemente la experiencia adquirida en tabaco. Algo que es evidente al respecto es que las estrategias a desarrollar no deben aisladas o locales, sino que por el contrario se necesitan acuerdos a gran escala, locales, nacionales, e internacionales por parte de los gobiernos y sistemas de salud.

2-EL JUEGO PATOLÓGICO COMO TRASTORNO ADICTIVO

2.1. HISTORIA

La OMS reconoce la “ludopatía” como trastorno de salud en 1992. Históricamente, hasta el DSM-IV y la CIE-10 se encuadraba dentro de los “trastornos de control de impulsos”, junto con la cleptomanía, la piromanía, la tricotilomanía, el trastorno intermitente explosivo y otros.

En 2013 la Asociación Psiquiátrica Americana tomo la decisión revolucionaria de, dentro del DSM-5, reclasificarlo y encuadrarlo dentro del apartado “trastornos por sustancias y trastornos adictivos”. En 2019, al publicarse el CIE-11, la OMS corroboró esta decisión. No corroboró, en cambio, otra de las decisiones claves del DSM-5, que era eliminar el término “dependencia” (tan frecuentemente malinterpretado por los profesionales médicos) y reemplazarlo por el de “trastorno adictivo” o “por uso de sustancias”; la CIE-11 ha optado, sin embargo, por seguir manteniendo el término “dependencia”.

Hasta 2018, cuando se publicó el CIE-11, la ludopatía (*pathological gambling*) era el único trastorno adictivo en el que no existe un consumo directo de una sustancia química psicoactiva. El CIE-11, además de incluir “*gambling disorder*”, incluyó también “*gaming disorder*”. Es bastante factible que en el futuro puedan incluirse más, ya que han varias conductas o patologías que, desde el punto de vista terapéutico, tienden a abordarse como si fueran trastornos adictivos. Si no se ha hecho hasta el momento es porque, en la cuestión de las conductas con un cierto grado de voluntariedad, no siempre es fácil establecer los límites de la normalidad y porque “patologizar” determinadas conductas podría llevar a una cierta justificación (disminución de la imputabilidad atribuible) de las mismas.

2.2. DIAGNÓSTICO

Como se ha señalado, en la actualidad el juego patológico está encuadrado dentro de los “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”. El DSM-5 lo describe como “*juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo*” y establece 9 criterios diagnósticos, de los cuales el paciente debe cumplir al menos 4 durante 12 meses (descartando previamente que ese comportamiento no pueda explicarse por un episodio maníaco). Estos criterios son:

1. Necesidad de apostar cantidades cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego sin éxito.
4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (reviviendo experiencias o planificando próximas).
5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego.
6. Después de perder dinero en las apuestas suele volver otro día para intentar ganar (“recuperar” pérdidas).
7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera provocada por el juego.

Según el número de criterios que se cumplan, se clasifica en *leve* (4-5 criterios), *moderado* (6-7) o *grave* (8-9).

Así mismo, se especifica que puede ser *episódico* (cumple criterios en más de una ocasión, pero los síntomas se apaciguan durante varios meses) o *persistente* (hay síntomas continuamente, cumple los criterios diagnósticos durante varios años).

También se establece que la persona puede encontrarse *en remisión inicial* (deja de cumplir criterios un mínimo de nueve meses, pero menos de 12), o *en remisión continuada* (no ha cumplido criterios durante al menos 12 meses).

Por su parte, al hablar de dependencias o conductas adictiva, la CIE-11 establece una graduación continua en la que lo que prima son las consecuencias de la conducta y el control volitivo que se pueda ejercer sobre ella (figura 1).

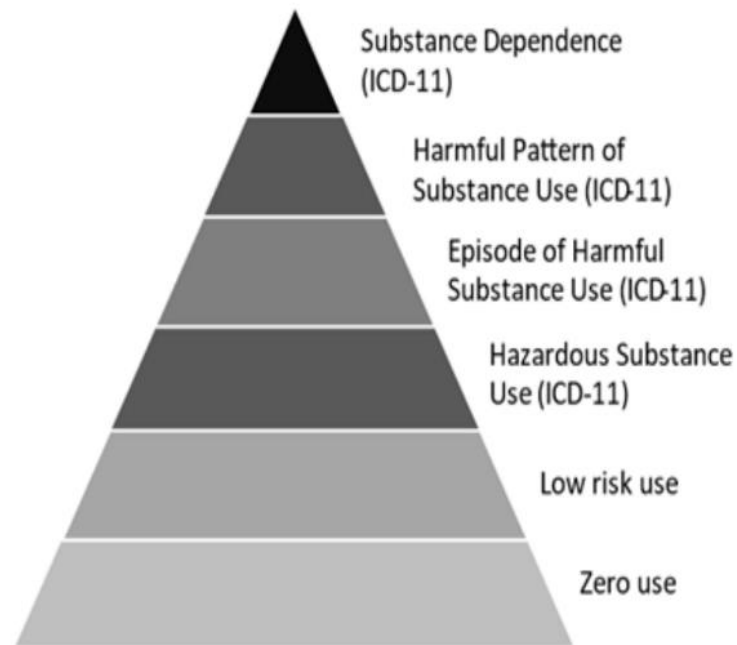


Figura 1. Pirámide que muestra el espectro de trastornos por uso de sustancias

2.3. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON OTRAS ADICCIONES

El juego patológico comparte una serie de características con el resto de trastornos adictivos, entre las que se encuentran:

- Ausencia de conciencia de enfermedad, al menos hasta fases avanzadas del trastorno.
- Sensación falsa de autocontrol sobre el impulso de consumo de aquella conducta o sustancia a la que se es adicto.
- Progresividad del cuadro desde que el paciente es consumidor hasta que se instaura una sintomatología más florida de trastorno adictivo.
- Compulsividad y falta de control del consumo de la actividad objeto de la adicción.

- Deterioro de la calidad de vida y funcionalidad social del individuo adicto, causando dificultad o incapacidad para desempeñar las obligaciones y compromisos laborales, familiares y sociales e incluso de autocuidado.
- Respuesta a las mismas técnicas psicológicas y/o conductuales empleadas para conseguir extinguir la conducta adictiva.

Pese a la existencia de estas y otras semejanzas del juego patológico con los trastornos adictivos por sustancias, pueden observarse también algunas diferencias al respecto:

- "*Chasing losses*" o lucha por recuperar las pérdidas generadas. Consiste en continuar jugando con la motivación de recuperar las pérdidas anteriores, lo cual no ocurre en las adicciones por sustancias. Esta es una distorsión cognitiva particular presente en las personas con juego patológico: si bien se puede ganar cuando se juega esporádicamente, con el juego sistemático o regular nunca es posible, ya que, por definición, las probabilidades están establecidas siempre contra la persona que juega.
- Ausencia de un síndrome de abstinencia químico, típico de la dependencia a sustancias adictivas. En el caso de las sustancias adictivas, es discutible tanto su existencia con algunas de ellas como su relevancia cara al trastorno adictivo; en el caso del juego patológico obviamente no existe.
- Mayor tasa de suicidios. En las personas adictas al juego se observa que la tasa de suicidios es mayor que en los demás trastornos adictivos, en las que también suele estar aumentada respecto al resto de la población. Esto se debe en parte a la anticipación y predicción psicológica del paciente hacia las deudas que ha ido acumulando y que no consigue recuperar, sino que por el contrario aumentan a medida que continúa jugando.
- Conciencia social. Otra diferencia importante es la baja conciencia social que existe sobre este trastorno respecto a algunas de las otras adicciones. La ciudadanía tiende a reconocer el impacto social de las toxicomanías en la salud de la población, pero en general, tiende a infravalorar, tanto las dimensiones como las consecuencias, personales y sociales de las conductas de juego.

2.4. CONCURRENCIA TRASTORNOS POR SUSTANCIAS- JUEGO

Otra razón para agrupar este trastorno junto con los demás trastornos adictivos y también para tener presentes las otras adicciones al elaborar estrategias de abordaje, es que existe una gran concurrencia entre la ludopatía y otras adicciones o consumos problemáticos.

Aproximadamente el 30%-50% de las personas diagnosticadas de ludopatía presentan también criterios de adicción (o dependencia) a alguna otra sustancia. Y a la inversa, de todas las personas con trastornos adictivos por uso de sustancias, una quinta parte aproximadamente reúne criterios de adicción al juego. En el caso de las personas con alcoholismo, se observa que suelen caer en el juego en los primeros dos años de establecerse el problema con el alcohol.

La coexistencia de este tipo de patología dual –algo muy frecuente en el campo de las adicciones– puede en parte explicarse por la presencia de otros trastornos psicopatológicos de base, como pueden ser trastornos de la personalidad, TDAH o alteraciones del ánimo.

2.5. MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Los mecanismos fisiopatológicos que se desencadenan en los pacientes con problemas de juego patológico también se parecen a los de los trastornos adictivos por abuso de sustancias. Puede cursar con *craving* (deseos intensos y urgente de consumir o realizar la conducta), ansiedad, sensación de impulsividad o inevitabilidad e intentos fallidos de reducir o eliminar estas conductas.

En la esfera neurocognitiva, existe evidencia de disfunción del córtex ventromedial prefrontal y orbitofrontal. Se observa alteración funcional en las tareas evaluación de riesgo-recompensa, así como en las de toma de decisiones y otras tareas incluyendo inhibición, estimación de tiempo, estimulación cognitiva y planificación de tareas. Estos individuos tienden a elegir pequeñas e inmediatas gratificaciones por encima de otras más grandes, pero que requieren mayor espera.

En estos mecanismos participan diversas áreas cerebrales, y entre las más importantes está el núcleo accumbens, en el cuerpo estriado ventral, y el córtex prefrontal (todas ellas también implicadas en los trastornos por abuso de sustancias).

También parece existir una disregulación del sistema dopaminérgico meso-cortico-límbico (que es el principal circuito responsable de las conductas de recompensa, *reward*). Se han descrito también diversas alteraciones neuro-anatómicas o funcionales en la amígdala o en el hipocampo, pero la evidencia al respecto en ningún caso es concluyente. Todo tipo de neurotransmisores pueden estar implicados en las conductas de auto-administración, en las conductas adictivas. La dificultad real es determinar si los cambios detectados son causas, consecuencias o simplemente epifenómenos derivados de la conducta o de sus consecuencias.

2.6. TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Toda adicción puede ser descrita como un trastorno de la conducta o del aprendizaje: ante determinados estímulos se ha aprendido a reaccionar de una manera concreta. Por ello, el objetivo final de todo tratamiento es conseguir extinguir esa conducta (*des-aprender*) o, al menos, sustituirla por otra menos problemática (*re-aprender*).

Aunque en algunas adicciones existen fármacos que han mostrado ser capaces de aumentar las probabilidades de que se consiga el cambio de conducta (el reaprendizaje), las principales herramientas de las que los profesionales sanitarios disponemos son aquellas que se engloban bajo la definición de *psicológicas*.

Herramientas psicológicas. Existe evidencia científica respecto a la eficacia de diversas intervenciones no farmacológicas para conseguir el cambio de conducta que implica abandonar un consumo o una conducta adictiva. Resumidamente, entre las técnicas a utilizar se encuentran:

- Terapia cognitivo-conductual. Se centra en modificar los patrones maladaptativos característicos de la conducta adictiva, aprendiendo a manejar la ansiedad y las respuestas emocionales, promoviendo alternativas y, sobre todo, abordando las distorsiones cognitivas sobre la percepción de las probabilidades de ganar e intentando controlar los impulsos por recuperar las pérdidas.

- Terapia motivacional. Mediante la escucha activa se evalúa la disposición del paciente para el cambio, procurando fomentarlo y ayudando a la persona a fomentar sus discrepancias y resolver sus ambivalencias.
- Terapias grupales diversas, entre las que se encuentran, por ejemplo, “Jugadores anónimos” (*Gamblers Anonymous*), asociación derivada de alcohólicos anónimos, con sus característicos programas de 12 pasos.

Herramientas farmacológicas. Dadas la prevalencia y las consecuencias del trastorno de ludopatía, se están investigando muy diversas moléculas químicas para su tratamiento: no hay evidencia clara hasta el momento. En la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico aprobado en ningún país para el juego patológico. Al igual que ocurre con el tratamiento de la dependencia de la cocaína, que suele ser descrita como “el mayor cementerio de buenas ideas farmacológicas”, de momento no hay molécula alguna que pueda ser considerada útil. La clase farmacológica que parece ser más prometedora (aunque parcialmente) es la de los antagonistas de receptores opioides, como naltrexona o nalmefene. Aunque hay quien ha descrito que los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina podrían mejorar el funcionamiento social y reducir las conductas de juego patológico, la evidencia existente está lejos de ser concluyente.

3 - DIMENSIONES DEL PROBLEMA

3.1. EPIDEMIOLOGÍA

Según la OMS, la prevalencia del trastorno por juego adictivo en adultos varía entre 0,1% y 6%, existiendo además un número 2-3 veces superior de personas sufriendo problemas subclínicos relacionados con el juego.

Desde hace décadas se observa un crecimiento mantenido en el mercado del juego, en el que todas las previsiones indican que va a continuar creciendo.

En España, ha habido un incremento exponencial del juego desde su legalización en 1977 y, actualmente, al menos el 2% de la población mayor de 18 años reúnen los criterios para ser considerados jugadores patológicos. La prevalencia es de tres varones por cada mujer, iniciándose ellos más en la adolescencia y ellas más en la madurez. Desde el punto de vista económico el sector mueve en España 41.828 millones de euros al año, facturando las empresas alrededor del 0,9% del PIB. Pese al dinero líquido que genera de manera rápida para las arcas estatales, no hay evidencia de que los diversos tipos de juegos acaben generando beneficios netos en los países en los que están implantados.

En Estados Unidos alrededor de 2 millones de adultos cumplen cada año criterios de juego patológico severo; otros 4-6 millones (del 2 al 3% de adultos) no cumplen suficientes criterios de adicción, pero cumplen uno o más de los criterios y experimentan problemas debido al juego, por lo que pueden ser considerados *gamblers* leves o moderados.

En general, el aumento en la disponibilidad de este tipo de actividades en las últimas décadas ha producido un claro aumento de usuarios y secundariamente en la incidencia y prevalencia de patología y daños asociados al juego. Aunque las actividades más usadas siguen siendo los lugares *ad hoc*, el advenimiento de las plataformas online ha abierto una nueva fuente de usuarios adicional que va en aumento e incrementa aún más el riesgo y la problemática relacionada con el juego, con el problema añadido de su deficiente regulación. Aunque el juego online es más

prevalente en las regiones más desarrolladas, a nivel mundial hoy el juego online constituye un 25% del total, y se predice que en pocos años las proporciones se invertirán (figura 2).

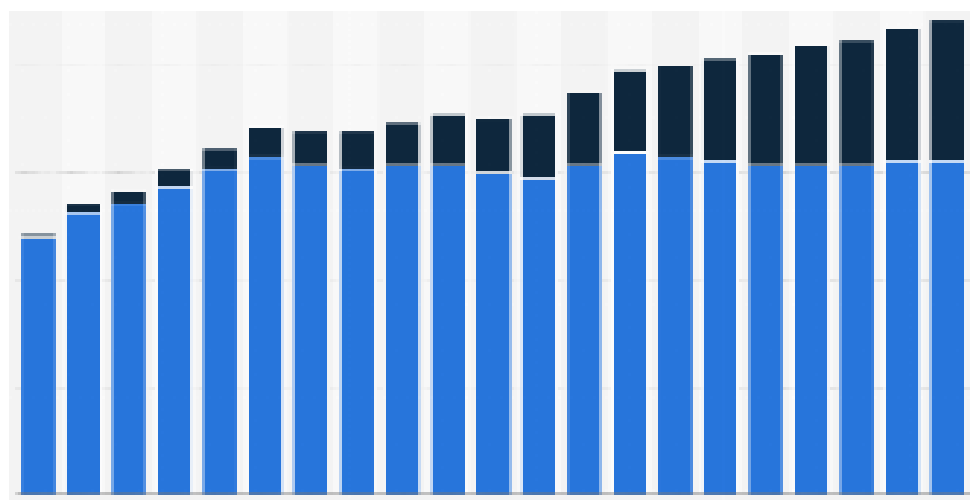


Figura 2. Ingresos por el juego online (oscuro) y off-line (claro) en Europa de 2003 hasta estimación 2023 (fuente: Statista).

Dada la estrecha relación existente entre las dimensiones del juego (no patológico) y el número de personas con problemas relacionados con el juego patológico, preocupa el crecimiento de este mercado. De la misma manera que la mortalidad atribuible al tabaco dentro de 20-30 años depende estrechamente del nivel de consumo actual del mismo, el número de problemas en un futuro no inmediato depende de los niveles actuales de juego (de juego no patológico).

Por este motivo la que la OMS insiste en que los gobiernos deben otorgarle mayor prioridad y añadir su bordaje, tratamiento y prevención a sus agendas de salud pública.

La difusión del juego *on-line*, y la carencia de regulación comprensiva al respecto, es actualmente una de las principales fuentes de trastornos patológicos relacionados con el juego. La figura 2 muestra la evolución temporal diferencial del juego on-line/off-line; aunque en la actualidad es poco más de un 25%, las proporciones se invertirán en muy pocos años

En la actualidad, el juego on-line es más prevalente en las regiones más desarrolladas económicamente (figura 3), existiendo una gran desproporción entre África y Latinoamérica, por una parte, y Australia, la Unión Europea (EU) y Estados Unidos, por otra (tabla 1).

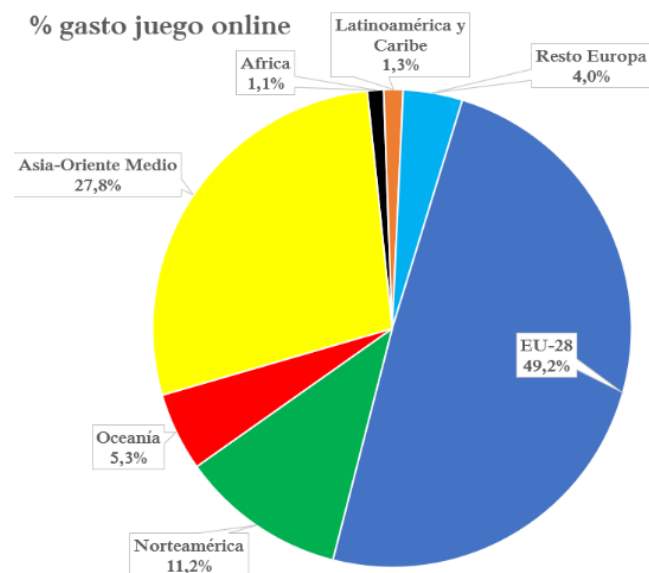


Figura 3. Gasto mundial en juego on-line por regiones

Tabla 1. Gasto per cápita en juego on-line comparado con África (2019; EU-28 incluye aún Reino Unido)

África	1
Latinoamérica	2,4
Asia & Oriente Medio	7,3
Resto de Europa	21,0
Norteamérica	37,0
EU-28	73,5
Oceanía	151,3

Dentro de Europa existen notables variaciones por países: en Europa, por ejemplo, los países nórdicos y el Reino Unido gastan en el juego on-line unas 4 veces que la media del resto de países europeos.

La tabla 1 muestra los países del mundo cuyos ciudadanos gastan (la tabla refleja pérdidas anuales) muestras las pérdidas medias por ciudadano: Australia encabeza la lista y España se sitúa en 10ª posición. Estos datos muestran por qué las casas de apuestas son capaces de invertir enormes cantidades de dinero en patrocinios y publicidad incluso en *prime-time*.

Tabla 2. Países cuya ciudadanía gastan más en el juego. Fuente: www.worldatlas.com/articles/countries-that-gamble-the-most.html

Rank	Country	Gaming Losses Per Adult
1	Australia	\$1,288.00
2	Singapore	\$1,174.00
3	Ireland	\$588.00
4	Canada	\$568.00
5	Finland	\$553.00
6	Italy	\$517.00
7	Hong Kong	\$503.00
8	Norway	\$448.00
9	Greece	\$420.00
10	Spain	\$418.00

En 2020 más del 40% del juego on-line se realizaba a través del teléfono móvil, porcentaje que va creciendo sistemáticamente.

3.2. PERCEPCIÓN DE PROBLEMA

En cuanto a la percepción del problema, la estadística refleja que el juego no es un fenómeno todo o nada, sino que por el contrario se observa una amplia gama de fenotipos de jugador, así como gran variedad de tipos de juego con sus distintas poblaciones diana.

Además, la percepción subjetiva por parte del jugador sobre su conducta puede estar distorsionada (al igual que ocurre con los consumos de sustancias adictivas), esto al igual que en los trastornos por sustancias, de modo que un individuo puede creer que controla su consumo y solo darse cuenta de que no es así cuando intenta reducirlo o cuando ha perdido todo su dinero.

En las apuestas deportivas, que constituyen la modalidad más popular de juego, puede observarse que existe una distorsión por parte quien juega de la percepción

sobre sus probabilidades de ganar a la hora de apostar. Esa persona, en base a unos supuestos conocimientos sobre ese deporte y a sus subjetivas experiencias y percepciones, sobrevalora su capacidad de acertar, creyendo que sus decisiones son más racionales de lo que realmente son. Algo parecido ocurre en las máquinas tragaperras o “slot”, donde el jugador cree manejar sus probabilidades de acierto al poder parar las figuras en determinado momento.

También se evidencia una progresión entre quien empieza a jugar y quien se convierte en dependiente. Esta progresión puede ser dilatada en el tiempo y no siempre ocurre. Al ser un problema de control de la conducta, que no es todo o nada, es difícil establecer en qué momento de esa progresión puede decirse que esa persona sufre ya un trastorno adictivo.

Si bien algunas modalidades de juego están circunscritas a determinados lugares como los casinos, otras son socialmente aceptadas por la población en general, véase las loterías o las máquinas “tragaperras” que existen en cualquier bar.

Como se ha señalado, el advenimiento de las nuevas tecnologías *online* hace menor el posible control social (miedo a ser visto perdiendo o ayuda de quienes le acompañan), ya que permite realizar modalidades más aisladas, disponible dentro de su casa o en su bolsillo, con la única condición de poder tirar de tarjeta. Esto supone un reto adicional tanto para su abordaje clínico como a la hora de participar en la investigación científica de estas conductas para poder abordarlo.

3.3. TIPO DE ACTIVIDADES

En general, las actividades de juego más populares son el casino, las apuestas deportivas, el bingo, el póker y las loterías. Según los estudios, los formatos de juego que más se asocian a juego patológico son el casino, bingo y apuestas deportivas (figura 4). Existe, además, una asociación entre el número de actividades que se juega y el juego patológico, de forma que los individuos que participan en mayor número modalidades diferentes tienen más probabilidad de desarrollar la adicción. La gravedad también con la intensidad de juego, es decir, con la cantidad de dinero que el individuo gasta en el juego.

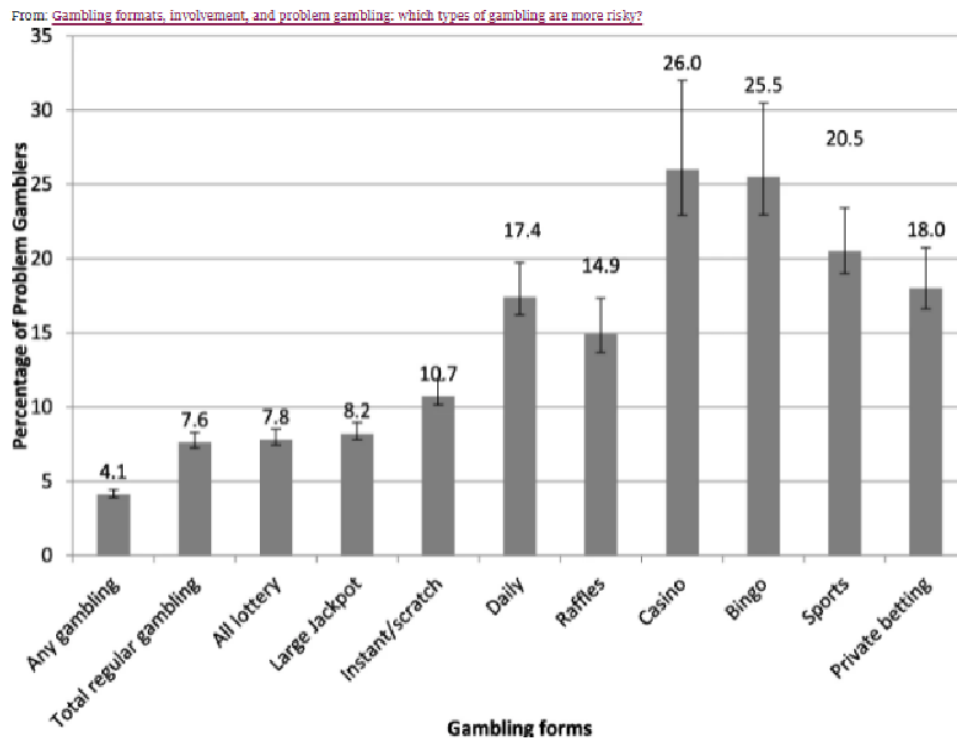


Figura 4. Tipos de actividades de juego y porcentaje de jugadores patológicos. Aunque no viene reflejado en la figura, el tipo de actividad más adictivo es el de las máquinas tragaperras (slots), porque en ellas es mucho más intensa e inmediata la relación entre el momento de la acción y el de la gratificación.

Las actividades on-line más populares en Europa en 2019 fueron:

- Apuestas deportivas (42,5%). El consumidor apuesta por un resultado según su predicción en un evento deportivo concreto, por ejemplo quién ganará o cuántos goles o puntos marcará el equipo o deportista por el que apuesta en ese partido. El jugador paga al realizar su apuesta y si acierta en su pronóstico de resultado se le premia con la cuota establecida.
- Casino (32,4%). Es originalmente un establecimiento, y en su modalidad online un sitio web, donde se ofrecen diferentes tipos de juegos de azar donde uno apuesta por una serie de números, figuras o combinaciones en diferentes máquinas, ruletas, etc con el objetivo de ganar en cada tanda una suma mayor a la apostada.
- Lotería (12,6%). En estos juegos el participante adquiere previo pago un boleto donde elige aleatoriamente varios números, y este boleto tras un sorteo puede salir premiado.

- Póker (5%). Es un juego de cartas donde los jugadores, con todas o parte de sus cartas ocultas, hacen apuestas en base a una puja inicial. Al final de la partida, el jugador con mejor combinación gana la suma total de las apuestas realizadas. Existen diferentes variantes de este juego (póker abierto, póker cerrado, póker de cartas compartidas...), y por supuesto existe su modalidad online y la tradicional en presencia, que también es bastante popular entre círculos de amigos en bares y otros lugares no oficiales aparte de casinos.
- Bingo (4,3%). Se trata de otro juego de azar en el cual cada jugador cuenta con un cartón con números, y a medida que salen secuencialmente números aleatorios cada jugador va completando su cartón, siendo el ganador quien antes logre completarlo.
- Otras (3,2%). Entre otros muchos juegos están las quinielas, los cupones como el de la once, las tragaperras de diferente tipo y las timbas informales.

APUESTAS DEPORTIVAS. Siempre han existido apuestas deportivas. En los últimos años han tenido un gran crecimiento y actualmente es el área mayor perspectiva de crecimiento económico en el juego.

Las apuestas deportivas se caracterizan por ser un tipo específico de juego en el que los conocimientos, percepciones, sensaciones y prejuicios (no siempre fácilmente distinguibles en la práctica) de la persona jugadora hacen que tienda a percibir aquí la “suerte” está más en su mano y a sobrevalorar más las posibilidades de acertar.

Esto es sólo parcialmente cierto, ya que poseer determinados conocimientos (del tipo quien tiene más posibilidades de ganar) no siempre ayuda a apostar con más racionalidad, a no arriesgar muy por encima de las posibilidades reales de acierto; jugar al 1,01/1 o al 100/1).

Es un mecanismo parcialmente parecido al de las máquinas tragaperras (*slot* en inglés), en el que te dejan parar alguna de las figuras para que así aumentes las posibilidades de que tengas tres figuras iguales (y se acaba comprobando que quienes más “dominan” la máquina son quien más dinero pierden en ella).

Como puede observarse en las figuras 5 y 6, las apuestas deportivas son ya la principal fuente de ingresos del juego on-line tanto en la UE como en Estados Unidos.

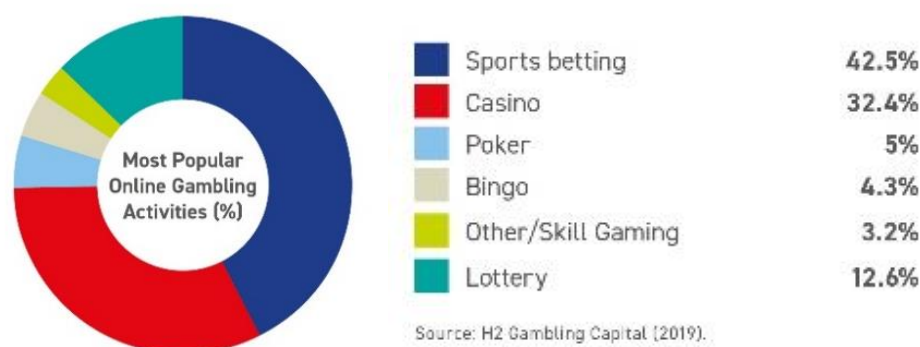


Figura 5. Actividades del juego on-line más populares en la EU-28 (2019)

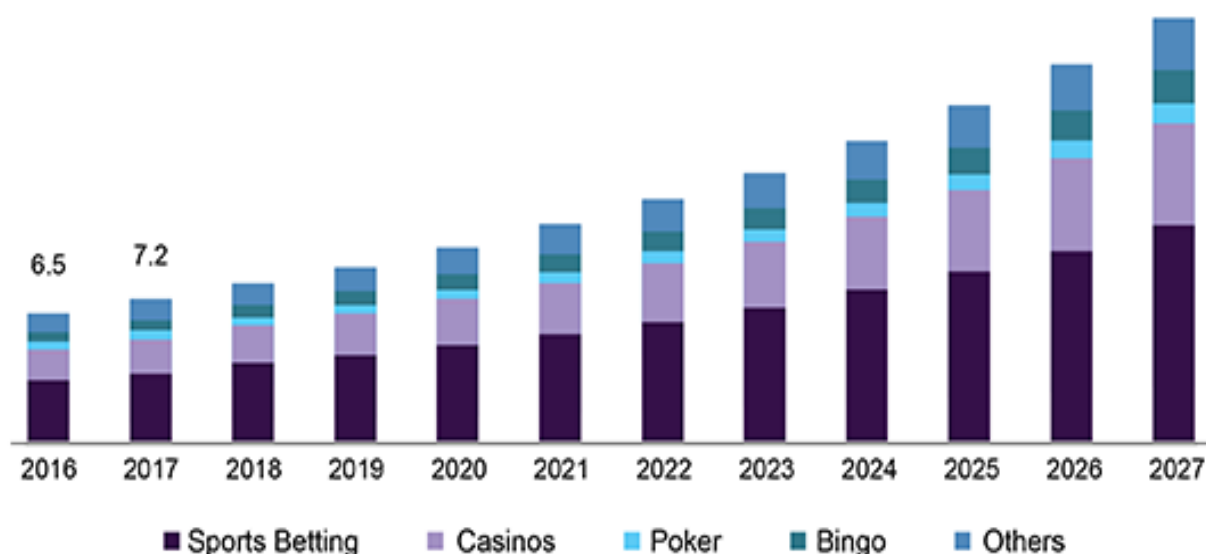


Figura 6. Estimación del mercado del juego on-line en EEUU (hecha en abril de 2020 (10⁹ US\$) www.grandviewresearch.com/industry-analysis/online-gambling-market

Un tema preocupante es la ligazón que se ha ido desarrollando en varios países europeos por el patrocinio de equipos deportivos por parte de las casas de apuestas.

La figura 7 muestra cómo en la temporada 2019-2020 del fútbol inglés (*Premier Ligue*) el 50% de los equipos tenían como patrocinador principal a una casa de apuestas y otros 6 de patrocinador secundario, mientras que 27 años antes ninguno las tenía. De la misma manera, en el fútbol inglés hay estadios de primera división que llevan nombres de casas de apuestas y camisetas en las que el nombre resalta más que los colores.

Si en el fútbol inglés en la temporada 2019-20, el 80% de los equipos de primera división eran patrocinados por casas de apuestas, en la liga española lo eran 19 de 20 equipos. En la temporada 2021-22 nueve de los 20 equipos de la liga española

tienen como patrocinador principal en la camiseta a una casa de apuestas. Y eso que, vista la gravedad del problema, el gobierno español aprobó con fecha de 03.11.2020 el Real Decreto 958/2020 de Comunicaciones comerciales en las actividades del juego en la queda el patrocinio de las casas de apuestas del deporte profesional a partir del verano de 2022.

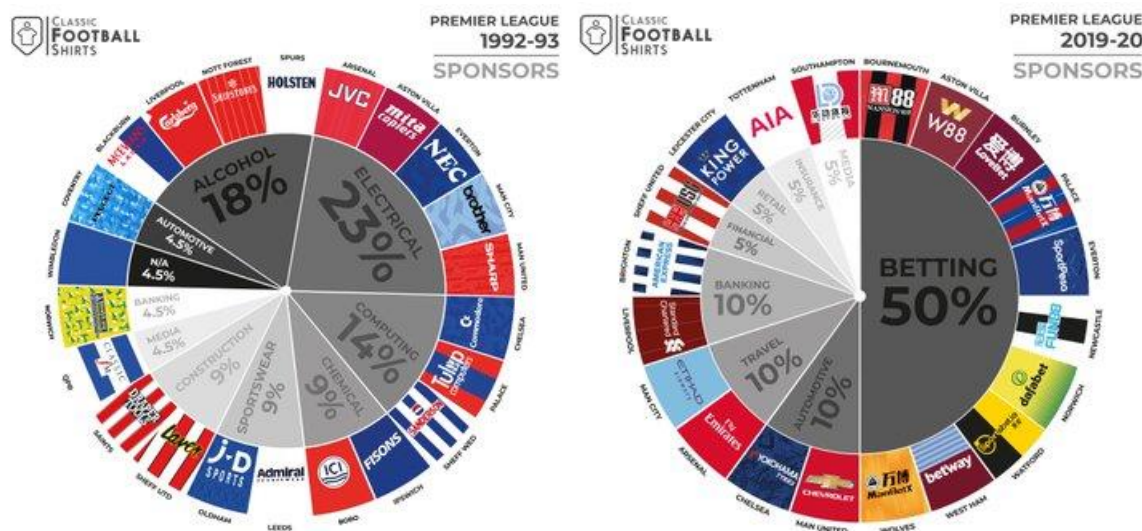


Figura 7. Patrocinadores principales de los equipos de la Premier Lige inglesa en las temporadas 1992-93 y 2019-20

Según los datos de la UEFA (ver referencia), las casas de apuestas y de juego son ya los principales patrocinadores de equipos de fútbol en once ligas y son el sector económico con mayores patrocinios en el continente, superando al comercio. En Latinoamérica las cifras son menores, pero en Brasil, 13 de los 20 equipos tienen este tipo de patrocinio. En su informe la UEFA también señala que son ya 16 países en Europa, a los que unirá España en 2022, que tienen vetada la publicidad del juego en las camisetas de los equipos.

La ley española ha sido recurrida por *La liga*, la patronal de la prensa escrita (AMI) y la patronal del juego online (*Jdigital*), calculando los clubes españoles que perderán unos 90 millones de euros. Estos *cantos de sirena* sobre la ausencia de viabilidad del fútbol profesional y de otros deportes si faltan estos patrocinios tan relevantes recuerdan enormemente (*déjà-vú*) a los que tuvimos ocasión de escuchar –reiteradamente– en la primera década de este siglo cuando se abolió el patrocinio del tabaco de los deportes de motor (ver tema C24): más de una década después la Fórmula 1 y los diversos GP de motos siguen tan boyantes como entonces.

La gravedad de este tema es extrema y por eso han reaccionado los diversos gobiernos: cada vez que vemos un anuncio en televisión de casas de apuestas deportivas, deberíamos tener en cuenta que los miles de euros que cuestan salen de los bolsillos de personas jugadoras, en su mayor parte pertenecientes a las clases más desfavorecidas de la sociedad. Adicionalmente, sólo el 0,8% de los apostantes regulares online acaba ganando cantidades significativas ($\geq 30000\text{€}/\text{año}$), mientras que el 80% pierde anualmente al menos esta cantidad).

3.4. LEGISLACIÓN ACTUAL: ESPAÑA

La ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego, contiene el marco regulatorio de la actividad en el ámbito estatal, y deja las competencias específicas a las Comunidades Autónomas. Pero esta legislación, al pasar del monopolio del juego online de propiedad estatal a las licencias múltiples, había quedado bastante desfasada a la vez que el consumo y la adicción al juego crecían, dando paso a una nueva ley en 2021, más adaptada al mercado actual y más restrictiva ante la creciente problemática.

Nuestro país ha implantado recientemente (29/05/2021) una nueva ley de regulación del juego online para frenar el aumento del juego en los jóvenes, cuyas más importantes medidas pasan por limitar la publicidad del juego a una franja horaria y el patrocinio no podrá ser en camisetas ni dando nombre a conjuntos, competiciones o instalaciones deportivas; tampoco pueden utilizar a deportistas o personajes públicos relevantes en la publicidad de sus juegos de apuestas. Otra de las medidas más importantes que afectan a la promoción de los casinos online es que se prohíben los bonos de bienvenida. Los bonos de fidelización se mantienen pero no pueden mostrarse en la pantalla principal. Es fácil deducir que esta nueva regulación intenta frenar la tendencia al alza del consumo y los problemas asociados, de hecho el sector venía creciendo alrededor de un 11% anual en Europa y los gobiernos de todo el continente eran conscientes de que se había convertido en un problema.

Con esta regulación, España continúa siendo uno de los 25 países que mantienen las licencias múltiples. Por otro lado, Luxemburgo es el único país que aún no tiene legislación específica, y solo Noruega y Finlandia mantienen un monopolio estatal.

4- POTENCIALES LECCIONES DEL CONTROL DEL TABACO

4.1. QUÉ HEMOS APRENDIDO

Alrededor de 1950 se hizo manifiesta una gran parte de la toxicidad de los cigarrillos (y otras formas de consumo de nicotina). Pese a ello, aunque hemos conseguido salvar millones de vida, ni los profesionales sanitarios ni la sociedad civil hemos sido muy capaces de proteger a muchos otros millones de personas de las tácticas agresivas de determinados intereses comerciales. Pero sí hemos aprendido qué tenemos que hacer y cuáles son las maneras más eficaces de enfocar nuestros esfuerzos.

Enfrentarnos durante décadas, de manera sistemática y bastante frustrante, a la epidemia de consumo de tabaco nos ha hecho conscientes de que, tanto los profesionales de la salud como la sociedad civil, carecíamos de gran parte de las herramientas necesarias para enfrentarnos a los agentes causales de esta grave amenaza a la salud. Descubrir que seres humanos, con determinados intereses comerciales, eran los principales agentes de la pandemia nos llevó tiempo; más aún, conocer y desarrollar las estrategias adecuadas para intentar enfrentarnos a ellos.

En definitiva, las derrotas que hemos sufrido en tabaco durante muchos años de actuación relativamente ineficaz nos han hecho comprender una serie de ideas básicas que suelen englobarse bajo el concepto de la importancia del control, ideas que podrían resumirse en:

- 1) Hay muchos problemas de salud que para resolverse necesitan antes nuestra actuación en los parlamentos y en los gobiernos (en los órganos legislativos y ejecutivos correspondientes) que en las consultas, quirófanos y hospitales (que también es precisa, pero en segundo lugar).

2) Mientras que, en determinados comportamientos, los profesionales sanitarios hemos tendido a priorizar sus aspectos patológicos o adictivos (que son obvios), no hemos sido del todo conscientes que estos comportamientos son primariamente conductas: conductas o comportamientos que son influenciados por los mismos condicionantes ambientales y sociales que lo son el resto de las conductas. Por muy patológicas que sean, la mayoría de las conductas se adquieren, se aprenden. En ello hay obviamente componentes biológicos, pero también muchos componentes sociales que es conveniente –imprescindible– abordar.

3) La industria tabaquera nunca vio fumar como algo primariamente sanitario, sino como una conducta aprendida e imitada, facilitando que así pudiera serlo. Por ello, utilizó y utiliza todo tipo de condicionamientos psicológicos y sociales que le son permitidos (y parte de los no permitidos) para potenciar sus ventas, algo para lo que ineludiblemente necesita la aceptabilidad –la normalización– previa de esas conductas.

4) Contrarrestar la promoción de las conductas y/o productos poco saludables implica enfrentarse frontalmente a una serie de industrias, que para ello utilizan una gran cantidad de recursos humanos y materiales. Negarse a ver nuestra actuación como un claro enfrentamiento –un parar los pies a las tácticas predatorias de determinadas industrias– es desconocer por completo la realidad.

4.2. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Fruto de estos conocimientos prácticos adquiridos surgió el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). Se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco y es un instrumento basado en evidencias científicas concluyentes que reafirma el derecho de todas las personas al goce del grado máximo de salud.

El CMCT es el primer (y hasta ahora único) tratado internacional negociado con los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. Fue adoptado el 21.05.2003 por la Asamblea Mundial de la Salud y entró en vigor el 27.02.2005. Desde entonces, se ha

convertido en uno de los tratados más rápida y ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas.

Representa un hito para la promoción de la salud pública, proporciona nuevas perspectivas jurídicas de cooperación internacional en materia de salud y supone un cambio de paradigma en el desarrollo de una estrategia de reglamentación para abordar las sustancias adictivas: además de cuestiones relacionadas con el suministro, a diferencia de tratados previos sobre control de drogas, el CMCT establece la importancia de las estrategias de reducción de la demanda.

Debe tenerse en cuenta que la propagación de la epidemia de tabaco se ve facilitada por una diversidad de factores complejos con efectos transfronterizos, incluidas la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores –como la mercadotecnia mundial; la publicidad, promoción y patrocinio transnacionales del tabaco, y el movimiento internacional de contrabando y falsificación de cigarrillos– también han contribuido al incremento explosivo en el consumo de tabaco.

El objetivo principal del CMCT es “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco”, como establece su artículo 3. Compromete a los Estados Partes sobre una serie de medidas orientadas a reducir la demanda y a reducir la oferta de los productos del tabaco.

La eficacia que se ha obtenido cuando se han conseguido aplicar las medidas recogidas en el CMCT (sintetizadas en el programa MPOWER de la OMS), así como la oposición sistemática a estas medidas que han ofrecido –y siguen ofreciendo– las diversas transnacionales del tabaco, han indicado el camino a seguir en otros determinantes comerciales de la salud, entre los que se encuentra el juego, objeto de este trabajo. Cara a la relación con las empresas del tabaco, el artículo 5.3. del CMCT establece unos principios rectores para su aplicación que pueden ser extrapolables a otros campos:

Principio 1. Existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública.

Principio 2. Al tratar con la industria tabacalera o quienes trabajan para promover sus intereses, las Partes deberían ser responsables y transparentes.

Principio 3. Las Partes deberían exigir a la industria tabacalera y quienes trabajan para promover sus intereses que funcionen y actúen de manera responsable y transparente.

Principio 4. Debido a que sus productos son letales, no se deberían conceder incentivos a la industria tabacalera para que establezcan o lleven a cabo sus negocios.

Bajo estos principios, las directrices del artículo 5.3 ofrecen unas recomendaciones para que, a partir de ahí, de ahí los distintos gobiernos apliquen medidas legislativas:

- 1) Concientizar sobre la naturaleza adictiva y perjudicial de los productos del tabaco y sobre la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de control del tabaco de las Partes.
- 2) Establecer medidas para limitar las interacciones con la industria tabacalera y asegurar la transparencia de las que se produzcan.
- 3) Rechazar las alianzas y los acuerdos con la industria tabacalera que no sean vinculantes o de obligado cumplimiento.
- 4) Evitar conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos.
- 5) Exigir que la información proporcionada por la industria tabacalera sea transparente y precisa.
- 6) Desnormalizar y reglamentar las actividades que la industria tabacalera describe como “socialmente responsables”, incluidas las actividades descritas como de “responsabilidad social institucional”, pero no limitadas a estas.
- 7) No conceder trato preferente a la industria tabacalera.
- 8) Tratar a la industria tabacalera de propiedad estatal de la misma manera que a cualquier otra industria tabacalera.

Mutatis mutandis, estas recomendaciones podrían ser extrapolables a las relaciones de los responsables legislativos y ejecutivos con las personas que trabajan, directa o indirectamente, para la industria del juego.

4.3. TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA DEL JUEGO

Pese a que las tácticas de la industria del juego son muy similares a las tácticas usadas por la industria del tabaco y del alcohol, las iniciativas para luchar contra estas

estrategias casi no están desarrolladas. Esto es debido a que gran parte de los esfuerzos de la salud pública han estado enfocados en luchar contra *the big three* (tabaco, alcohol y comida basura) y a que el juego patológico no ha sido reconocido como un trastorno adictivo hasta muy recientemente. Esto ha facilitado que apenas haya información o conocimiento acerca de las tácticas utilizadas por otras industrias dañinas.

Thomas y cols. (2016) investigaron la actitud y opinión de 15 expertos de salud pública acerca de la industria del juego y otras industrias relacionadas con él, así como acerca de las tácticas usadas por la industria para frenar su reforma. Llegaron a la conclusión de que las tácticas de la industria del juego son muy similares a las del tabaco. De las tácticas usadas por la industria, destacan las siguientes:

- Relaciones con los medios de comunicación: son críticas para poder realizar una aproximación efectiva al público, así como la promoción de sus anuncios a la audiencia por parte de los medios. Es una de las estrategias más efectivas.
- Donaciones políticas e ingresos fiscales: ayuda a que las relaciones entre la industria y el gobierno sean más estrechas. Estas donaciones aumentan cuando se plantea la realización de reformas en contra de la industria del juego.
- Financiación de investigaciones propias: tiene como objetivo generar descubrimientos similares a los argumentos que apoya la industria y proporcionar comentarios profesionales que puedan combatir las reformas de los gobiernos.
- *Lobbying*: la industria del juego contrata lobbies dedicados a influenciara a mandatarios políticos en la toma de decisiones.

BÚSQUEDA DE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

Al igual que las industrias del tabaco, alimentación, alcohol, etc., la industria del juego se ha escudado en la responsabilidad individual del consumidor, haciendo que sea percibido como un problema de la persona, en vez de un problema ocasionado por la industria. Esta actitud hace que las empresas queden impunes del daño que ocasionan sus productos. Para ello, la industria ha financiado estudios donde se prioriza el juego a nivel personal, alejándose de las características de las actividades y ambientes del juego.

Los daños del juego no solo afectan al propio consumidor, sino que suelen recaer en quienes le rodean, destacando el ambiente familiar. Las investigaciones acerca de los daños del juego a nivel individual suelen excluir este tipo de daño. Sería algo así como no contar con las consecuencias de los accidentes de tráfico en el caso del alcohol.

El objetivo de intentar acabar con este enfoque personal por medio de evidencias en el campo del juego se ve complicado por el hecho de que la mayoría de las investigaciones acerca del juego están financiadas por esta industria, presentando claros conflictos de interés.

RELACIÓN ENTRE LAS INDUSTRIAS DEL JUEGO Y TABACO

Existe una relación clara entre la industria tabaquera y la industria del juego. Como hicieron con la industria hostelera, las tabaquerías se han esforzado por convencer al sector de los juegos de azar para luchar contra la legislación de espacios sin humo, con falsos argumentos económicos o promoviendo “soluciones” como salas de fumadores o cubículos convenientemente “ventilados”. La evidencia muestra que los sistemas de ventilación aplicados pueden eliminar el olor a tabaco, pero no eliminan del aire los tóxicos y carcinógenos del humo del tabaco de una manera sustancial. Esta relación con la industria del juego forma parte de las variadas estrategias de oposición de la industria del tabaco a las medidas de espacios sin humo (la amenaza más grave que tuvo la ley española de espacios libres de humo provino del magnate Adelson con su intento de establecer Eurovegas en la Comunidad de Madrid).

No está tan firmemente establecida la relación entre la industria del juego y la del alcohol, pero hay sospechas fundadas de una interrelación. En cualquier caso, el consumo de alcohol se asocia claramente con el juego y los problemas de alcohol se asocian fuertemente con los problemas del juego, motivo por el cual en algunos países no se permite el consumo de alcohol simultáneo al juego o en locales de juego.

4.4. PROPUESTAS DE REGULACIÓN DEL JUEGO

4.2.1. A NIVEL DE GOBIERNOS

- Políticas tributarias que impongan fuertes gravámenes fiscales a toda actividad de juego de azar con apuestas, con impuestos aplicados tanto al jugador como a la

industria que se beneficia. Esta intervención en el precio, más que la intención recaudatoria, tendrá la función de disuadir a la población vulnerable en fases tempranas antes de haber causado adicción, al ser un gasto menos accesible.

- Limitar la cantidad de dinero que cada usuario puede consumir en un lugar donde se practiquen actividades de juegos de azar.

- Prohibir el consumo de sustancias adictivas y especialmente el alcohol y tabaco en los lugares donde se permita el juego, por ejemplo en el bingo o los casinos, Dada la evidencia de que la adicción al juego muy frecuentemente coexiste con otras adicciones, con este tipo de medidas podremos reducir la comorbilidad.

- Prohibir la publicidad de las industrias interesadas, tanto en medios de comunicación como en los propios lugares donde se realizan.

- Prohibir el patrocinio de las casas de apuestas a equipos e instituciones deportivas. Como hemos enunciado antes, las apuestas deportivas suponen la principal actividad dentro del *gambling* y las industrias interesadas tratan de tener ahí la mayor presencia posible, promocionándose y su influencia en ellas. Por ello esta sería una de las medidas más importantes, que más efecto tendrían y a la vez de las que más oposición encontrarían, dada esta dependencia económica por parte de las propias instituciones deportivas.

- Promover la publicidad concienciadora sobre las consecuencias del juego.

- Establecer acuerdos internacionales para legislar conjuntamente y compartir entre los distintos países las lecciones aprendidas a medida que se apliquen las medidas en cada país o región.

- Establecer unos objetivos de reducción de incidencia y prevalencia del juego patológico y aplicar, modificar y fortalecer las medidas acorde a estos objetivos.

- Medidas para la protección a los menores contra su exposición y normalización de conductas que los hagan vulnerables a estos hábitos. Entre estas, aparte de desnormalizar el juego desde las medidas sobre la publicidad, se deberían establecer controles de identidad en los lugares donde se desarrollen estas actividades, e incluso se puede plantear aumentar la edad mínima de acceso a casinos y lugares de este tipo, por ejemplo a 21 años, así reduciendo la incidencia en la población joven y adolescente que, como hemos visto, es la de mayor riesgo.

- Control sobre las industrias implicadas, imponiendo un control estricto y transparencia de estas con los gobiernos sobre sus actividades, usuarios y dinero recaudado.
- Vigilancia continuada hacia estas industrias de cerca para observar su respuesta y ajustar las normativas acorde a la reacción, puesto que, como sabemos por el tabaco, se trata de una industria que se ve golpeada y atacada, y predeciblemente va a intentar responder y en lo posible evadir las constricciones que se le impongan. Para ello se pueden intensificar las inspecciones en los lugares donde se practiquen actividades de juego para frenar los intentos de venta ilícita.
- Aplicación de graves sanciones para las industrias interesadas que incumplan la legislación e intenten evadir las medidas.

4.2.2. A NIVEL SOCIO SANITARIO Y EDUCACIONAL

- Mayor inversión en campañas de concienciación sobre el peligro del juego dirigidas a diferentes estratos y grupos sociales pero más focalizadas en la población joven al ser la más vulnerable. Estas campañas pueden potencialmente visibilizar y alertar del problema tanto en los medios de comunicación como en centros de salud u otros lugares diana. Aplicar estas campañas particularmente en los colegios, institutos, universidades y en general cualquier centro de formación es particularmente relevante para consolidar esta alerta de los peligros y consecuencias del juego en la población joven, ayudando a establecer una conciencia social que ayude a prevenir esta problemática.
- Aumentar el esfuerzo en investigación para mejorar el tratamiento y deshabituación de personas con adicción al juego.
- Mayor disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para captar y realizar un seguimiento más eficaz y adecuado a los pacientes con esta adicción y poderlos ayudar a deshabituarse.
- Habilitar programas de terapia de grupo y consultas específicas de *gambling* en centros de salud mental u otros centros del sistema de salud.
- Habilitación de centros de deshabituación para pacientes que no consigan por otros medios controlar su adicción al juego.

- Vigilancia epidemiológica intensiva para controlar y conocer mejor el estado de la población frente a este problema y ver la evolución y respuesta frente a las medidas establecidas en la lucha contra el juego.

4.2.3. OTRAS PROPUESTAS

- **¿Prohibición total?** Todo lo enunciado anteriormente tiene el claro referente de lo aprendido en las estrategias empleadas contra el tabaco, por lo que con estas podría predecirse que disminuiría de forma importante el consumo y consecuentemente la problemática del juego, que veríamos las cifras de prevalencia e incidencia bajar a la vez que aumentarían las tasas de curación y deshabituación de las víctimas ya existentes. Por la idiosincrasia de este problema en particular existe una dificultad añadida, por el advenimiento de la tecnología informática que permite que el juego no se circunscriba a ciertos lugares, sino que ahora se pueden desarrollar actividades desde casa. Esto implica una problemática inherente muy difícil de abordar, ya que es mucho más complicado captar e identificar a la población que utiliza estos medios para intentar ayudarlos, y además expone a un rango de población mucho mayor al tener la posibilidad de jugar desde cualquier lugar. Dada esta situación, si bien la prohibición total es un tema muy controvertido y difícil de plantear, al menos en el caso del juego online no es perverso ni exagerado plantear tal posibilidad si lo sopesamos desde el punto de vista de la salud y a la luz de los datos sobre el claro aumento del consumo y los problemas asociados al juego patológico derivados de esta posibilidad adicional de juego que existe desde hace unos años, y considerando las consecuencias y daños a la salud y a la sociedad. Si el principio de la prohibición de fumar en lugares de trabajo o cualquier espacio público cerrado se entiende que es para proteger a las personas de alrededor, prohibir el juego de apuestas por internet sería sin duda la medida que protegería a un mayor número de personas vulnerables, por lo que esa regulación podría plantearse como preventiva de exposición.

- **Limitación del gasto online.** Sería una medida menos agresiva que la prohibición pero que puede ayudar a reducir las probabilidades de caer en el consumo excesivo a las personas que juegan por internet.

- **Control de identidad en las apuestas online.** Con esto se ayudaría a evitar el consumo por parte de menores, pero además permitiría el control de la limitación del gasto online enunciada anteriormente.

5. BIBLIOGRAFÍA

Abbott MW. The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public Health* 2020;184: 41-5.

Abbott MW. Gambling and gambling-related harm: recent World Health Organization initiatives. *Public Health* 2020;184: 56-9.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed), 2013.

Armitage R. Gambling among adolescents: an emerging public health problem. *The Lancet Public Health* 2021; 6:e143.

Brand M, Rumpf HJ, Demetrovics Z, Müller A, Stark R, King DL et al. Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of "other specified disorders due to addictive behaviors"? *J Behav Addict* 2020, doi: 10.1556/2006.2020.00035

Browne M, Rawat V, Tulloch C, Murray-Boyle C, Rockloff M. The Evolution of Gambling-Related Harm Measurement: Lessons from the Last Decade. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:4395.

Chung T, Sum S, Chan M, Lai E, Cheng N. Will esports result in a higher prevalence of problematic gaming? A review of the global situation. *J Behav Addict* 2019;8:384-394.

Editorial. *Gambling: a neglected public health issue. The Lancet. Public health* 2012;6:e1.

Farrell L. Are there lessons from gambling control for tobacco control? *Addiction* 2020; 115:811-2.

Granero R, Jiménez-Murcia, S, Del Pino-Gutiérrez A, Mena-Moreno T, Mestre-Bach G, Gómez-Peña M, et al. Gambling Phenotypes in Older Adults. *J Gambling Stud* 2020;36:809-28.

Grant JE, Chamberlain, SR. Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiat* 2020;99:109852

Herron AJ, Brennan TK. *The ASAM Essentials of Addiction Medicine* (3rd ed) Wolters-Kluwer, 2019.

Huggett SB, Winiger EA, Palmer R, Hewitt JK, Corley RP, Stallings MC. The structure and subtypes of gambling activities: Genetic, psychiatric and behavioral etiologies of gambling frequency. *Addictive Behav* 2021;113:106662.

Johnstone P, Regan M. Gambling harm is everybody's business: A public health approach and call to action. *Public Health* 2020;184:63-6.

Lopez-Fernandez O, Williams AJ, Griffiths MD, Kuss DJ. Female gaming, gaming addiction, and the role of women within gaming culture: A narrative literature review. *Front Psychiatry* 2019;10:454.

Mathieu S, Barrault S, Brunault P, Varescon I. The role of gambling type on gambling motives, cognitive distortions, and gambling severity in gamblers recruited online. *PloS One* 2020;15:e0238978.

Mazar A, Zorn M, Becker N, Volberg RA. Gambling formats, involvement, and problem gambling: which types of gambling are more risky?. *BMC Public Health* 2020;20:711.

McMahon N, Thomson K, Kaner E, Bambra C. Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. *Addictive Behav* 2019;90:380-8.

Messerlian C, Derevensky J, Gupta R. Youth gambling problems: a public health perspective. *Health Promot Int* 2005;20:69-79.

Nakayama H, Matsuzaki T, Mihara S, Kitayuguchi T, Higuchi S. Relationship between problematic gaming and age at the onset of habitual gaming. *Pediatr Int* 2020;62:1275-1281.

Nakkash R, Mialon M, Makhoul J, Arora M, Afifi R, Al Halabi A, London L. A call to advance and translate research into policy on governance, ethics, and conflicts of interest in public health: the GEICI-PH network. *Global Health* 2021;17:16.

Thomas SL, David J, Randle M, Daube M, Senior K. Gambling advocacy: lessons from tobacco, alcohol and junk food. *Aust NZ J Public Health* 2016;40:211-7.

UEFA-Union of European Football Associations. En: https://editorial.uefa.com/resources/026a-128c5dffdb5f-64d49e6e5300-1000/210615_ecfl_pandemic_eng.pdf

van Schalkwyk MCI, Cassidy R, McKee M, Petticrew M. Gambling control: in support of a public health response to gambling. *Lancet* 2019;393:1680-1.

World Health Organisation. ICD-11 (International classification of Diseases (mortality and morbidity statistics)-11, 2018. <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>