
EL JUEGO PATOLÓGICO: PREVALENCIA EN ESPAÑA

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

El juego patológico constituye un importante problema de salud mental en España y en otros países desarrollados. Se analizan los estudios de prevalencia en función de los criterios diagnósticos que se han utilizado hasta ahora para el juego patológico. Los estudios de prevalencia realizados en muestras representativas de la población basados en el DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y SOGS indicaban una prevalencia entre el 1.4 y el 1.7% en las muestras más representativas españolas, semejante a la de otros países. Los últimos estudios con instrumentos derivados del DSM-IV, como el NODS, o versiones revisadas del SOGS indican un nivel de prevalencia menor para el juego patológico. Se analizan todos los estudios realizados en España con unos y otros instrumentos y su comparación con los resultados de otros países, especialmente en adultos junto a otros estudios realizados con niños y adolescentes.

Palabras clave: juego patológico, prevalencia, España, adultos, adolescentes.

ABSTRACT

The pathological gambling constitutes an important problem of mental health in Spain and in other developed countries. The prevalence studies are analyzed in function of the diagnostic criteria that have been used to assess the pathological gambling. The studies realized in the more representative samples of the general population in Spain based on the DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV and SOGS indicated a prevalence between the

1.4 and 1.7%, similar to that of other countries. The last studies with derivative instruments of the DSM-IV, as the NODS, or revised versions of the SOGS, indicate a level of smaller prevalencia for the pathological gambling. Finally, we discuss the results of the studies carried out in Spain with several instruments or criteria and their comparison with the results of other countries, especially in adults as in adolescents.

Key words: pathological gambling, prevalence, Spain, adults, adolescents.

INTRODUCCIÓN

El juego de azar se legaliza en España en 1977. En pocos años fueron apareciendo en el mercado los distintos juegos. Esto trajo consigo el crecimiento del gasto en juego y el incremento del número de jugadores que participan en los distintos juegos de azar. En España hay varios juegos muy populares como loterías, cupones y máquinas tragaperras. El gasto anual de juego en España ha superado los 4 billones de las antiguas pesetas al año (Comisión Nacional del Juego, 2003). Por orden de importancia de gasto en juego, se encuentran los siguientes juegos: máquinas tragaperras, bingo, loterías (lotería nacional), loterías de organismos benéficos (ONCE), lotería primitiva y bonoloto, y casino. Ocupamos los primeros puestos de la UE en gasto per cápita en juego (Becoña, 1996b), como lo reflejan los 628,82 euros gastados de media por habitante adulto y año en 2002 (Comisión Nacional del Juego, 2003).

Son las máquinas tragaperras las que tienen el mayor gasto en juego, con casi 2 billones de pesetas por año, representando en torno al 40% de todo el dinero gastado en juego. Precisamente, las máquinas tragaperras es uno de los juegos, si no el que más, con mayor poder adictivo, que se refleja en que el 75% de las personas que acuden a tratamiento son dependientes de ellas (Becoña, 1993a, 1993b, 1996b; Bombín, 1992; Echeburúa, Báez y Fernández, 1996).

Los intereses económicos que existen en torno al juego son hoy muy importantes y el juego claramente se ha convertido en una de las actividades más importantes del país, dando empleo a miles y miles de personas. En suma, la disponibilidad y acceso al juego han sido, y siguen siendo, dos de los principales responsables del incremento tan exagerado del número de jugadores patológicos en España (Labrador y Becoña, 1994).

La realidad es que el juego está presente en nuestra sociedad de un modo importante. Si el juego no estuviese legalizado o no existiese, apenas habrían problemas existirían (Becoña, 1999). La realidad actual nos dice que hay que aprender a convivir con el juego. Hoy en día, la enorme recaudación de impuestos y los puestos de trabajo creados impiden un control más efectivo del mismo, afectando ello a la prevalencia y a los problemas de juego patológico. A partir de la legalización del juego en distintos países fueron surgiendo sistemáticamente personas con problemas de juego compulsivo, ludopatía, juego problema, juego excesivo o juego patológico, con las distintas acepciones que ha ido tomando a lo largo de estos años, para las que ha sido necesario desarrollar programas de tratamiento (ej., Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000; González et al., 1999; Fernández-Alba y Labrador, 2002).

El juego patológico constituye un importante problema en los países desarrollados. En este aspecto, España ocupa un lugar importante no sólo en gasto en juego, sino en dificultades causadas por el mismo. El juego patológico es un serio problema en España, tanto por lo que respecta a adultos como a niños y adolescentes. La edad legal para jugar es de 18 años. Teóricamente no es posible jugar antes de esa edad. Pero la realidad nos indica un cuadro bien distinto; hoy tenemos problemas importantes causados por el juego a edades tempranas (Becoña, 1997).

Cuando hablamos de un trastorno y de su prevalencia es central definir claramente a qué nos estamos refiriendo, a qué criterios objetivos utilizamos para saber cómo podemos clasificar a las personas en el mismo teniéndolo o no.

En los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica) y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años se observó que también existían conductas que, sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que poseían las dependencias a sustancias. Poco a poco, la pérdida de control se convierte en otro concepto esencial para explicar las conductas adictivas. Actualmente, se incluyen dentro de las conductas adictivas tanto las sustancias psicoactivas que producen dependencia como el alcohol, la heroína, la cocaína, las anfetaminas, etc., y distintas conductas como el juego patológico, las compras compulsivas, el sexo compulsivo, etc. (Becoña, 1998).

Como ya hemos indicado, una característica central a las conductas adictivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fueren a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer, y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

El reconocimiento formal del trastorno del juego patológico se produce en 1980 por parte de la American Psychiatric Association (1980). Por juego patológico se entiende un fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares o profesionales del jugador (American Psychiatric Association, 1987, 1994). Viene a ser, por tanto, un trastorno progresivo, que podríamos resumir con cuatro características (Rosenthal, 1992): a) una incesante o episódica pérdida de control sobre el juego, b) una continua preocupación por el juego y por obtener dinero para jugar, c) pensamiento irracional sobre el juego y d) continúa jugando a pesar de sus adversas consecuencias.

A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además en las adicciones, sean con o sin sustancia, se producen los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. Más concretamente, el DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) utiliza para el diagnóstico de juego patológico los siguientes dos criterios:

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por el juego (por ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
 3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
 4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
 5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas).
 7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
 8. Se comenten actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para financiar el juego.
 9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
 10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
- B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.

Por su relevancia, y dados los importantes cambios que se han dado en los criterios diagnósticos del juego patológico desde el DSM-III al DSM-III-R, y de éstos al DSM-IV y su homólogo DSM-IV-TR, analizaremos los estudios realizados a nivel de prevalencia del juego patológico en función de los mismos.

EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO CON EL DSM-III Y DSM-III-R

ESTUDIOS EN OTROS PAÍSES

Actualmente disponemos de un gran número de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia del juego patológico en distintos países, como

en España, tanto realizados en adultos como en niños y adolescentes. Así, en adultos hay estudios sobre su prevalencia en Canadá (Ferris y Wynne, 2001; Ladouceur, 1991, 1996), Nueva Zelanda (Abbott y Volberg, 1996, 2000), Australia (Dickerson, Baron, Hong y Cottrell, 1996), Reino Unido (Sproston, Erens y Orford, 2000), Hong Kong (Wong y So, 2003), Suecia (Rönnerberg, 2000), etc. Pero donde más se han realizado estudios de prevalencia ha sido en Estados Unidos. El National Research Council (1999) recoge 33 estudios epidemiológicos y, más recientemente, la Alberta Gaming Research Institute (www.abgaminginstitute.ualberta.ca), un total de 52, realizados a lo largo de los distintos estados norteamericanos. Muchos de ellos son estudios de replicación realizados con varios años de diferencia de unos a otros en el mismo estado. La mayoría de estos estudios han sido realizados utilizando el South Oaks Gambling Screen (SOGS) de Lesieur y Blume (1987, 1993) para evaluar el juego patológico, destacando que ha sido Rachel Volberg la que ha llevado a cabo una buena parte de los mismos en Estados Unidos. Hasta los estudios realizados en los últimos años, la prevalencia estimada de juego patológico en Estados Unidos, para el período del último año, no solía bajar del 1%, llegando incluso al 2% y más (ver Volberg, 1993, 1996, 2002). En este caso, los criterios que se utilizaban eran los del DSM-III, DSM-III-R o el SOGS, que combina en sus preguntas síntomas de uno y otro. Veremos que con los criterios del DSM-IV estas cifras han variado significativamente en algunos estudios, como con el NODS (Gernstein et al., 1999), aunque no con entrevistas clínicas basadas en el DSM-IV (Welte et al., 2002).

ESTUDIOS EN ESPAÑA

En España se han realizado seis estudios sobre la prevalencia del juego patológico en nuestro país basados en el DSM-III, DSM-III-R o SOGS, instrumento elaborado a partir de los criterios diagnósticos de ambos. Dos se han realizado en Cataluña, que están inéditos. El estudio de Cayuela (1990) utilizó el SOGS de Lesieur y Blume (1987), encontrando un 2.5% de personas jugadoras patológicas o problemas en la población adulta de Cataluña. Otro estudio realizado por la Entitat Autònoma de Jocs i Aposques (EAJA) y financiado por Casinos de Cataluña, en 1990, encontró un 2.34% de personas adultas de la Comunidad Catalana en riesgo de convertirse en adictos al juego.

El estudio de Becoña (1993b) ha utilizado una muestra de 1.615 personas, representativas de la población adulta de 18 o más años de las siete

principales ciudades de Galicia. Siete psicólogos clínicos específicamente entrenados para este estudio llevaron a cabo las entrevistas en las casas de los sujetos, utilizando una encuesta sobre distintos hábitos, conducta de juego y varias escalas psicométricas. Cuando se sospechaba que la persona era jugadora patológica, los encuestadores establecían el diagnóstico o no siguiendo los criterios del DSM-III-R para el juego patológico (American Psychiatric Association, 1987). Este estudio encontró una prevalencia del 1.73% de jugadores patológicos y de un 1.60% de jugadores problemas. Destaca en los resultados las enormes diferencias que hay de unas a otras ciudades, cuando tal comparación puede hacerse, notándose que cuanto mayor es la ciudad mayor es el número de jugadores patológicos y problema, como así ya había evidencia previa (Comisión Nacional del Juego, 1986). Así, el porcentaje de jugadores patológicos y problema en la ciudad de Vigo (3.48% y 3.25%) y de A Coruña (1.96% y 1.22%) es mayor que en el resto de las ciudades agrupadas (0.64% y 0.90%). Becoña (1993b) asocia estas diferencias a la relación que existe entre juego y consumo de otras conductas adictivas y al hecho de que hay una relación significativa entre juego y consumo de alcohol excesivos en los jugadores patológicos en relación con el resto de la población.

En este estudio, la forma de juego predominante en los elementos patológicos son las máquinas tragaperras (tipo B), seguida por la lotería primitiva, el cupón de la ONCE, el bingo y la bonoloto. El 50% de los jugadores patológicos lo hacen a las máquinas tragaperras diariamente. El 43% tienen su mayor gasto mensual de juego en máquinas tragaperras y el 21%, en máquinas de tipo A (las denominadas "comecocos"). El 43% de los identificados como jugadores patológicos en este estudio no tienen ningún ingreso, lo que en parte se explica porque una porción de los jugadores patológicos son estudiantes, amas de casa y parados. El 7% de los jugadores patológicos de este estudio tienen un gasto mensual en juego que está en torno a los 3.000 euros, aunque el promedio de gasto mensual en juego es menor y, claramente, en función de los ingresos disponibles, que en muchos casos no es ninguno por parte del jugador y tiene que obtener dinero de otras fuentes (padres, esposo, ahorros, etc.).

Para concluir, el estudio de Becoña (1993b) muestra que la prevalencia del juego se da más en hombres que en mujeres (2:1), depende de la edad (la mayoría de los jugadores patológicos, el 39.3%, tienen de 18 a 30 años), educación (los menos educados son los más afectados generalmente) y poseen un nivel de ingresos bajo. Sin embargo, los recursos

financieros de la familia están en torno al promedio del resto de la población. Igualmente, se encuentra que hay más jugadores patológicos en aquellas ciudades en donde también existe una mayor adicción o consumo de alcohol y drogas.

El estudio de Legarda, Babio y Abreu (1992) ha utilizado también una muestra representativa de la población adulta de la ciudad de Sevilla, aunque ligeramente inferior a la anterior, de 598 personas. Utilizaron el SOGS (Lesieur y Blume, 1987), como han hecho otros estudios anglosajones y de este país. Los resultados con el mismo indicaron la existencia de un 1.67% de probables jugadores patológicos y un 5.18% de probables jugadores problema. Es digno de notarse que el 40% de las personas encuestadas rechazaron contestar a la misma, lo que indica un sesgo en esta muestra en comparación con otros estudios realizados.

Mientras que el número de jugadores patológicos encontrados en este estudio, el 1.67%, no es muy diferente del encontrado en otros países, en cambio el número de jugadores problema es muy alto, el 5.2%. Los autores del estudio achacan este alto resultado a la importancia que tiene la promoción y anuncio de las loterías (a menudo promocionadas por la propia Administración Pública), como frecuentemente puede verse en la radio y televisión públicas, aparte de la televisión y radio privadas y la prensa diaria, que anuncia los números premiados en el preciso momento del sorteo o al día siguiente, como ocurre especialmente con el cupón de la ONCE, la bonoloto, la lotería primitiva, la lotería nacional, las quinielas de fútbol, etc. Esto probablemente ayuda a incrementar la participación de los ciudadanos en estas y en otras formas de juego como efecto sinérgico. El hecho de que entre 1987 y 1989 haya habido un 15% de incremento en la cantidad de dinero gastado por los españoles en juego es un sólido argumento para la anterior afirmación en palabras de estos autores.

El estudio de Tejeiro (1998), realizado en la ciudad de Algeciras (Cádiz), encuentra un 1.8% de jugadores patológicos y un 3.8% de jugadores problemas también utilizando el SOGS.

Un interesante aspecto del estudio de Legarda et al. (1991), en Sevilla, es la comparación entre los jugadores patológicos de la población general con aquellos en tratamiento. Sus resultados indican importantes diferencias entre los jugadores patológicos detectados por los estudios epidemiológicos y los jugadores patológicos que están en tratamiento. De los que están en tratamiento son básicamente hombres (87.5%), entre la edad de 31 y 45 años (el 50%), con un trabajo fijo (el 4%), casados (el 71%), con estudios primarios (el 91%) y con bajos ingresos. Estos resulta-

TABLA 1

**Estudios de prevalencia del juego patológico
en la población adulta en España con instrumentos derivados
del DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV o SOGS**

| Estudio | N | Instrumento de evaluación | Jugador patológico | Jugador problema | Muestra |
|---------------------------------|-------|---------------------------|---------------------|------------------|---|
| Cayueta (1990) | 1.230 | SOGS | 2.5% ⁽¹⁾ | | Representativa de Cataluña |
| Legarda, Babio and Abreu (1992) | 598 | SOGS | 1.7% | 5.2% | Representativa de la ciudad de Sevilla |
| Becoña (1993) | 1.615 | DSM-III-R | 1.7% | 1.6% | Representativa de las siete principales ciudades de Galicia |
| Becoña y Fuentes (1994) | 1.028 | SOGS | 1.4% | 2.0% | Representativa de Galicia |
| Irurita (1996) | 4.977 | DSM-IV | 1.7% | 3.3% | Representativa de Andalucía |
| Tejeiro (1998) | 419 | SOGS | 1.9% | 3.8% | Representativa de Algeciras (Cádiz) |
| Ramírez (1999) | 3.000 | SOGS | 1.6% | 1.4% | Representativa de Andalucía |
| Becoña (2004) | 1.624 | NODS | 0.3% | 0.3% | Representativa de Galicia |

⁽¹⁾ Indica con el SOGS el dato de un 2.5% para la combinación de los jugadores patológicos y jugadores problema.

dos son semejantes a los obtenidos en otros países en los jugadores patológicos en tratamiento (ej., Volberg, 1993) y donde, además, aquí, como en otros países, varían considerablemente los jugadores patológicos que hay en la población de aquellos que acuden a tratamiento.

Otro estudio publicado que a nivel epidemiológico se ha realizado en España sobre el juego patológico es el de Becoña y Fuentes (1995), utilizando esta vez el SOGS en una muestra representativa de 1.028 personas adultas de 16 o más años de toda Galicia. Sus resultados indicaron una prevalencia del 1.36% de jugadores patológicos y del 2.04% de jugadores problema. Por variables demográficas, la relación hombre mujer es de 3:1 en jugadores patológicos y 2:1 en jugadores problema. Por edades, de

nuevo, se confirma la mayor importancia de este problema en edades jóvenes (el 42.85% está en la edad de 16 a 24 años y otro 35.71% de 25 a 45 años) y con estudios predominantemente primarios. La comparación de este estudio con el anterior de Becoña (1993b) en Galicia muestra un cuadro semejante en las variables demográficas analizadas y en las características de los jugadores patológicos en Galicia.

Otro estudio a destacar es el de Echeburúa, Báez, Fernández y Páez (1994), quienes en la validación del SOGS en una muestra de la población vasca sugieren bajar el punto de corte del SOGS de cinco a cuatro puntos. De este modo obtienen un 2% de jugadores patológicos en la muestra normativa. De confirmarse este hallazgo, el número de jugadores patológicos sería aún mayor del que hasta el momento se ha pensado.

Finalmente, el último estudio realizado en España es el de Ramírez (1999). Éste fue realizado en Andalucía, con el South Oaks Gambling Screen (Lesieur y Blume, 1987, 1993), en una muestra representativa. Sus resultados indican un porcentaje de 1.63% de jugadores patológicos y un 1.43% de jugadores problema.

En la tabla 1 se presenta un resumen de los estudios que sobre prevalencia se han realizado en España siguiendo los criterios del DSM-III, DSM-III-R o SOGS. De estos datos y extrapolando los de otros países semejantes llevaron a Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo (1995) a estimar la tasa de jugadores patológicos de 18 o más años existentes en España, a mediados de la década pasada, en un 1.5% y la de los jugadores problema, en un 2.5%, siempre considerando estos porcentajes conservadores. Considerando el censo de españoles de 18 o más años, la extrapolación de las anteriores cifras indicaba que el número de jugadores patológicos sería de 450.000 y el de jugadores problema, de 750.000. La prevalencia de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras estaría, sólo para ellos, entre el 1.2% y el 1.3%; esto significaría que unas 350.000 personas serían jugadores patológicos de máquinas tragaperras.

En función de los datos epidemiológicos disponibles a partir de estos estudios, se indicaba que el jugador patológico de máquinas tragaperras sería fundamentalmente hombre, con una tasa probable de tres hombres por cada mujer; con una edad predominante entre 18 y 40 años, que puede ser explicado por el período que cubre desde la legalización del juego (en 1977) y de las máquinas tragaperras (en 1981); la predominancia de la clases social baja o media-baja, aunque el juego se da en todas las clases sociales. Dado que el juego se realiza básicamente en bares, ello explica que el consumo de alcohol sea mayor en los jugadores patológi-

cos de máquinas tragaperras, como así se encuentra; hay otros importantes problemas asociados, básicamente sobre su estado emocional (ansiedad y depresión), aislamiento social (debido a las mentiras, deudas y robos), relaciones familiares y maritales, económicas (deudas) y, a veces, problemas con la ley.

EPIDEMIOLOGÍA DEL JUEGO PATOLÓGICO CON EL DSM-IV Y DSM-IV-TR

ESTUDIOS EN OTROS PAÍSES

Pero el cuadro anterior está cambiando a un ritmo muy rápido en los últimos años. En 1994 se publica el DSM-IV con nuevos criterios diagnósticos para el juego patológico. Vienen a ser una combinación de algunos criterios del DSM-III, otros del DSM-III-R, junto al criterio de escape, o utilización del juego como escape de las situaciones cotidianas, tales como ansiedad, depresión, etc. (Lesieur y Rosenthal, 1991). Al mismo tiempo, se considera que para llegar al diagnóstico de juego patológico hay que descartar un episodio maníaco (no sería jugador patológico, por ejemplo, aquel consumidor de cocaína que juega descontroladamente después del consumo de cocaína, pero cuando no consume cocaína no juega). También destaca que de nueve criterios del DSM-III-R, se pasa a diez en el DSM-IV y el punto de corte sube de cuatro a cinco criterios del DSM-III-R al DSM-IV. Para los estudios epidemiológicos, estos cambios son de una gran relevancia, porque el instrumento que se venía utilizando predominantemente para evaluar el juego patológico era el SOGS, el cual es una combinación del DSM-III y DSM-III-R, pero ya no se adecua completamente al DSM-IV. Por ello, en los últimos años varios autores (ej., Abbott y Volberg, 1996; Ferris y Wynne, 2001; Lesieur, 2002; National Research Council, 1999; Stinchfield, 2002; Volberg, 1999) han indicado el problema de los falsos positivos con el SOGS. Más específicamente, Stinchfield (2002) concluye cómo en la población general el SOGS sobreestima la prevalencia del juego patológico en el doble, ya que en su estudio encuentra que un 50% de sus casos son falsos positivos. Esto indica que con el SOGS la prevalencia es mucho mayor que la que encontraríamos de utilizar los criterios diagnósticos del DSM-IV, criterios que son los que tenemos que utilizar para hablar o no de juego patológico, porque es nuestro referente.

Dado que los datos anteriores sugieren que se ha sobreestimado la prevalencia del juego patológico en la población general, tanto en otros países como en el nuestro, en 1999 un grupo de expertos norteamericanos, algunos de los más relevantes del juego patológico en ese país, elaboran un nuevo instrumento, el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems), basado en los criterios del DSM-IV (Gernstein, Murphy, Tace, Hoffmann, Palmer, Johnson et al., 1999). La idea de elaborar este instrumento no es otra que la de disponer de un sistema de evaluación del juego patológico fiable, adecuado a los criterios del DSM-IV y que pueda servir para comparar unos estudios con otros. Con el mismo se realizó un amplio estudio con una muestra representativa norteamericana, donde encontraron un 0.8% de jugadores patológicos para el período de toda la vida y un 0.1% de jugadores patológicos en el último año, y sin diferencias por sexo (en hombres 0.9% y 0.1% para vida y último año, y para mujeres de 0.7% y 0.2% para vida y último año). Lo cierto es que estos resultados son muy, pero que muy inferiores a los datos que se estaban manejando sobre la prevalencia del juego patológico en Estados Unidos, entre el 1% y el 2% de la población adulta (Volberg, 1996, 2002). El porcentaje de jugadores problema (tres o cuatro criterios) también es inferior a estudios previos, encontrando un 1.3% para la vida y un 0.4% para el último año. Donde las cifras son muy altas es en la categoría de jugadores en riesgo, que son aquellos con una puntuación de uno o dos criterios en el NODS, ya que en este caso hay un 7.9% de personas en riesgo a lo largo de la vida y un 2.3% en el último año y donde aparecen también claras diferencias por sexos (9.6% y 3.2% en hombres para vida y último año y 6.3% y 1.6% para esas mismas categorías en mujeres). Pero esto puede ser engañoso, porque esta denominación de juego en riesgo nada tiene que ver con criterios diagnósticos del DSM-IV y puede continuar, de no saber bien a qué nos referimos con esta categoría, a incrementar la confusión si se abusa de este término.

Lo cierto es que, por lo dicho hasta ahora, el NODS es un instrumento de evaluación del juego patológico que solventa algunos de los problemas de instrumentos previos, como el SOGS, y se basa en los criterios del DSM-IV, que son los de referencia que tenemos que seguir actualmente para hablar o no de juego patológico. Además, los datos obtenidos con el NODS sobre especificidad y sensibilidad son buenos y el instrumento se ha derivado directamente de los criterios diagnósticos del DSM-IV, con criterios estrictos y de alta calidad a nivel metodológico y de representatividad de las muestras utilizadas para su validación.

Otros estudios realizados en los últimos años en distintos países (ver tabla 3), lo que han hecho es utilizar nuevos instrumentos de evaluación del juego patológico o revisar el SOGS bajando el punto de corte. De este modo, la prevalencia del juego patológico desciende de modo significativo en estos estudios, que pasa a ser del 0.1 al 0.7%.

La única nota discordante con lo anterior es el estudio de Welte et al. (2002) en Estados Unidos, donde, utilizando el Diagnostic Interview Schedule (DIS) del DSM-IV para diagnosticar juego patológico, encuentra en una muestra representativa para Estados Unidos una prevalencia de juego patológico del 1.4% para el último año.

ESTUDIOS EN ESPAÑA

En España se realizó un estudio en Andalucía en 1994 por Irurita (1996), con una muestra representativa de 4.977 personas que permite también desagregar los datos de un modo fiable para cada una de sus provincias. Usaron un cuestionario derivado del DSM-IV, que en aquel momento estaba a punto de salir publicado, aunque no utilizaron ningún criterio de validación externa entre este cuestionario y el diagnóstico de juego patológico, con una escala de cuatro puntos para cada una de las preguntas. El porcentaje de jugadores patológicos que se obtuvo en este estudio fue del 1.8% para toda Andalucía y el de jugadores problema del 4.4%. Las provincias con mayores niveles de jugadores patológicos estaban ligeramente por encima del 2% (Cádiz, 2.7%; Sevilla, 2.3%; Málaga, 2.2%, y Huelva, 2.1%). Como en anteriores estudios encuentran que el mayor número de jugadores patológicos tienen edades de 18 a 30 años (el 33.7%), predominan las personas con pocos estudios y el 32% son parados, amas de casa o jubilados. Al contrario que el resto de los estudios encuentran que la relación hombre mujer es de 9:1 en los jugadores patológicos y de 8:2 en jugadores problema. El nivel de consumo de tabaco y alcohol en jugadores patológicos son casi idénticos a los ya indicados en el estudio de Becoña (1993b) en Galicia en esa misma época.

En la misma línea que el estudio anterior, Salinas y Roa (2001) han elaborado, también en Andalucía, un cuestionario para evaluar el juego patológico basado en los criterios del DSM-IV, aunque no se ha aplicado el mismo en estudios epidemiológicos.

Recientemente, el estudio de Becoña (2004) utilizó el NODS anteriormente descrito, que se adecua a los criterios del DSM-IV para el juego patológico, para evaluar el juego patológico en una muestra representativa de 1.624 personas adultas de Galicia. Del total de los sujetos de la

muestra, para el período de toda la vida, con el NODS el 98.56% reconoce que no tiene problemas con el juego. Los que puntúan cinco o más en el NODS, y siempre que jueguen un mínimo de 90 euros al año, serían jugadores patológicos, los de tres-cuatro jugadores problema y los de uno-dos jugadores en riesgo. Los resultados indican que un 0.92% serían jugadores patológicos a lo largo de su vida y un 0.31% a lo largo del último año. En todos los casos, estas personas son varones. A su vez, el porcentaje de jugadores problemas fue, para toda la vida, de un 0.18%, y de un 0.25% para el último año. El porcentaje de los jugadores de riesgo fue de un 0.31% para toda la vida y de un 0.25% para el último año. La agrupación de estas dos últimas categorías nos indicaría un 0.49% de jugadores problema y de riesgo tanto para el período de toda la vida como del último año. Hay que notar que existen diferencias en los mismos individuos para estar en unas o en otras categorías. Por ejemplo, varios jugadores patológicos en la vida pueden estar en la categoría actual de no jugadores, jugadores problema o jugadores de riesgo. Como en el caso de los jugadores patológicos, en todos los casos de los jugadores problema y de riesgo en esta muestra son hombres, sin ninguna mujer. Por edades, el 20% de los jugadores patológicos tienen de 18 a 30 años, el 33.3% de 31 a 45 años, el 6.7% de 46 a 64 años y el 40% 65 o más años. En los jugadores problemas y en riesgo, el 37.5% tiene de 18 a 30 años y un 50% de 46 a 64 años. Por estado civil, en los jugadores patológicos predominan los casados, un 60%, junto a los solteros, un 26.7%. En los jugadores problema y en riesgo, el 50% son solteros y el 37.5% casados. Por hábitat, el 20% de los jugadores patológicos son urbanos, el 40% viven en municipios intermedios y el restante 40% en municipios rurales. En los jugadores problema y en riesgo hay igualmente un 25% en la zona urbana y rural y el restante 50% en la zona intermedia.

TABLA 2

Porcentajes de jugadores patológicos y jugadores problema o de riesgo mediante el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems), en la muestra de Galicia (España) (2001) y la validación del NODS de EE.UU. (1999). Prevalencia de vida y del último año

| Prevalencia (NODS) | GALICIA (ESPAÑA) | | EE.UU. | |
|---|------------------|------------|--------|------------|
| | Vida | Último año | Vida | Último año |
| Juego patológico (5 o más ítems) | | | | |
| - Todos | 0.92 | 0.31 | 0.8 | 0.1 |
| - Hombre | 0.92 | 0.31 | 0.9 | 0.1 |
| - Mujer | 0.00 | 0.00 | 0.7 | 0.2 |
| Juego problema (3 ó 4 ítems) | | | | |
| - Todos | 0.18 | 0.25 | 1.3 | 0.4 |
| - Hombre | 0.18 | 0.25 | 1.6 | 0.4 |
| - Mujer | 0.00 | 0.00 | 1.0 | 0.4 |
| Juego de riesgo (1 ó 2 ítems) | | | | |
| - Todos | 0.31 | 0.25 | 7.9 | 2.3 |
| - Hombre | 0.31 | 0.25 | 9.6 | 3.2 |
| - Mujer | 0.00 | 0.00 | 6.3 | 1.6 |
| Agrupación de juego problema y de riesgo | | | | |
| - Todos | 0.49 | 0.49 | 9.2 | 2.7 |
| - Hombre | 0.49 | 0.49 | 11.2 | 3.6 |
| - Mujer | 0.00 | 0.00 | 7.3 | 2.0 |

Fuente: Becoña (2004)

EL JUEGO PATOLÓGICO Y JUEGO PROBLEMA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

El juego patológico en jóvenes y adolescentes es un problema relevante. Distintos estudios realizados en países anglosajones (Becoña, 1993b; Fisher, 1993; Griffiths, 1991; Jacobs, 1989; Ochoa y Labrador, 1994; Labrador y Becoña, 1994) indican que la prevalencia en jóvenes y adolescentes está entre el 1,7% del estudio de Ladouceur y Mireault (1988) al 8% de

Lesieur et al. (1991) en el estado de Nueva York. Este último es el estudio más completo, en donde los autores obtuvieron prevalencias del juego patológico en estudiantes de enseñanza secundaria o universitaria, entre el 4% y el 8%, dependiendo del estado norteamericano en donde se hizo el estudio. Claramente, estos resultados son dos o tres veces mayores que la prevalencia obtenida en adultos. Estudios como el de Zitlow (1992), donde encuentra un 9.6% de jugadores adolescentes entre los indios norteamericanos en Minnesota, son aún resultados superiores a los vistos.

Si nos referimos a estudios recientes vemos que se encuentran porcentajes entre el 3% y el 10% de jugadores problema en Estados Unidos (Govoni, Rupcich y Frisch, 1996; Westphal et al., 2000; Winters et al., 1993); del 4.7% en Canadá (Gupta y Deverensky, 1998), y del 5.6% (Fisher, 1999) y el 6% (Woody y Griffiths, 1998) en el Reino Unido. En una revisión de cinco estudios sobre el juego realizados en estudiantes de educación secundaria, Jacobs (1989) indicó que la prevalencia de los probables jugadores patológicos entre los estudiantes de secundaria era más del triple que la de adultos. De la misma forma, en el estudio de Lesieur et al. (1991), con universitarios, el porcentaje de juego problema y patológico era de cuatro a ocho veces más alto que el de los adultos. En el meta-análisis de Shaffer y Hall (1996) sobre la prevalencia del juego patológico entre adolescentes, en los 11 estudios incluidos en el meta-análisis (de 13 a 20 años), la prevalencia de juego compulsivo, patológico o de alto riesgo fluctuó entre el 3.5% y el 17.1%. La media estimada para el juego patológico o para graves problemas con el juego oscilaba entre el 4.4% y el 7.4% (intervalo de confianza del 95%). A su vez, datos de varios países indican que el juego patológico se inicia a edades tempranas. Dell, Ruzicka y Palisi (1981) encontraron que el 33% de sus jugadores patológicos adultos habían empezado a jugar antes de los 10 años, el 47% entre los 11 y 18 años y sólo un 14% a los 19 o más años. De la misma forma, Fisher (1993a), Griffiths (1995), Ide-Smith y Lea (1988) y Ladouceur, Dubé y Bujold (1994) encontraron que los adolescentes adictos al juego habían empezado a jugar a los 9, 10 u 11 años.

En España, sólo se han realizado estudios parciales sobre el juego patológico o el juego problema en niños y adolescentes (ej., Arbinaga, 1996; Becoña, 1997; Becoña y Gestal, 1996; Becoña, Míguez y Vázquez, 2001a, 2001b); Villa, Becoña y Vázquez, 1997). Utilizando el DSM-IVJ de Fisher (1993b), en dos ciudades españolas (A Coruña y Gijón), en niños de 11 a 16 años, la prevalencia de juego problema en máquinas tragaperras fue del 2% (Becoña y Gestal, 1996) y el 1.6% (Villa et al., 1997), res-

pectivamente. En el estudio de Becoña (1997), realizado en la ciudad de A Coruña, se encontró un 2.4% de probables jugadores patológicos mediante el SOGS-RA. En el estudio de Arbinaga (1996), realizado en estudiantes de 13 y más años de enseñanza secundaria escolarizados de la ciudad de Huelva, se halló un 2.74% utilizando el SOGS.

Aunque lo cierto es que en adolescentes suele hablarse de juego problema más que de juego patológico, utilizándose instrumentos derivados del SOGS o del DSM-IV. Sin embargo, como ocurre actualmente con los resultados en adultos, estos datos pocas veces tienen un claro correlato con el diagnóstico clínico siguiendo los criterios del DSM-IV (Winters, 2000). En este sentido se aprecia un importante cambio en la denominación o conceptualización del problema del juego en exceso cuando nos referimos a una población clínica. Actualmente está clara la dependencia del juego, bajo la denominación de juego patológico, tal como indica el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Hasta hace poco, la mayoría de los estudios que se realizaban sobre el juego patológico utilizaban instrumentos de evaluación como el SOGS, para adultos, e instrumentos derivados del mismo, como el SOGS-RA, para adolescentes. El SOGS de Lesieur y Blume (1987, 1993) cubría parte de los criterios diagnósticos del DSM-III y del DSM-III-R. Cuando se hacía un estudio epidemiológico se utilizaba la denominación de "probable jugador patológico" para aquellas personas con una puntuación de cinco o más en el mismo. Sin embargo, hoy hay consenso acerca de que aunque el SOGS correlaciona significativamente con los criterios del juego patológico del DSM-IV, no es lo mismo; además, probablemente sobreestima el número de jugadores patológicos (Volberg, 1999). Por todo ello, en los últimos años, cuando nos referimos a estudios epidemiológicos, tanto realizados en adultos (ej., Abbott y Volberg, 2000) como en adolescentes (Winters, 2000), se prefiere utilizar la denominación de juego problema y no la de juego patológico, especialmente porque han sido obtenidos con el SOGS o con el SOGS-RA. Sólo hablaríamos de jugador patológico cuando realizamos un diagnóstico clínico, como ocurre especialmente en el campo del tratamiento. Así, aplicado a adolescentes, se prefiere utilizar la denominación de juego problema (Winters, 2000; Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993; Sproston, Erens y Orford, 2000), especialmente referido a los estudios realizados en la población para estimar su prevalencia. Esto se debe a varias razones: 1) por no ser posible establecer con los instrumentos utilizados hasta ahora un diagnóstico equivalente a los criterios diagnósticos del DSM-IV; 2) porque todavía

desconocemos la razón por la que se encuentra una prevalencia tan alta de juego patológico o juego problema en los estudios hechos en adolescentes, que suele ser del doble al cuádruple de la encontrada en adultos (Gambino, 1997; Yafee y Brodsky, 1997); 3) porque probablemente estamos sobreestimando la prevalencia del juego patológico en adolescentes, especialmente cuando se quiere hacer coincidir una evaluación puntual en la población de adolescentes mediante cuestionarios, respecto a lo que sería un diagnóstico clínico real de juego patológico (Gupta y Devereensky, 1998), y 4) porque es probable que los instrumentos de evaluación que se vienen utilizando no sean los más adecuados para este tipo de población (Gerstein et al., 1999), a pesar del gran desarrollo de instrumentos y estudios realizados en estos años en adolescentes (Winters, 2000).

CONCLUSIÓN

Los datos actualmente disponibles nos obligan, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el juego patológico, a considerar que los niveles de prevalencia existentes, tanto en España como en otros países, para el mismo son inferiores a los que manejábamos hace años partiendo de los estudios del DSM-III, DSM-III-R o el SOGS de Lesieur y Blume (1987, 1993). De modo más concreto, con el instrumento elaborado en Estados Unidos, el NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems), se encuentran porcentajes menores de jugadores patológicos, tanto en Estados Unidos como en España, que lo que manejábamos hace pocos años. Así, por ejemplo, si los estudios previos realizados en Galicia indicaban una prevalencia del 1.7% de jugadores patológicos y de un 1.6% de jugadores problemas, utilizando los criterios del DSM-III-R (Becoña, 1993a, 1993b) y, con el SOGS, del 1.4% de jugadores patológicos y un 2.0% de jugadores problema (Becoña y Fuentes, 1995), en el momento actual con el NODS, instrumento derivado del DSM-IV, encontramos un 0.9% de jugadores patológicos a lo largo de la vida y un 0.3% en el último año. Estos resultados son claramente inferiores a los obtenidos en otros estudios con instrumentos distintos, así ocurría con el SOGS, tanto en Galicia (Becoña y Fuentes, 1995) como en otras comunidades autónomas (ej., Ramírez et al., 1999), como utilizando otros instrumentos o metodologías (ej., Becoña, 1993a; Irurita, 1996; Ramírez et al., 1999). Y lo mismo está ocurriendo en otros países. Como se puede ver en la tabla 3, los estu-

TABLA 3

Ejemplo de estudios recientes sobre la prevalencia del juego patológico en varios países, con muestras representativas de su población

| Estudios | País | Instrumento | (Último año) |
|-------------------------|------------------|-------------|--------------|
| Abbott y Volberg (2000) | Nueva Zelanda | SOGS-R | 0.5% |
| Rönnberg (2000) | Suecia | SOGS | 0.6% |
| Ferris y Wynne (2000) | Canadá | CPGI | 0.7% |
| Gernstein et al. (1999) | Estados Unidos | NODS | 0.1% |
| Welte et al. (2002) | Estados Unidos | DSM-IV-DIS | 1.4% |
| Wong y So (2003) | Hong Kong | GBI | 1.8% |
| Becoña (2004) | Galicia (España) | NODS | 0.3% |

SOGS= South Oaks Gambling Screen
 SOGS-R= South Oaks Gambling Screen, revisado
 CPGI=Canadian Problem Gambling Index
 GBI=DSM-IV Gambling Behavior Index
 NODS=NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems
 DSM-IV-DIS=DSM-IV-Diagnostic Interview Schedule.

dios de los últimos años con distintas metodologías indican que la prevalencia del juego patológico en la población es menor a la que estimábamos hasta ahora, estando el rango entre el 0.1% y el 0.7%.

En nuestra consideración, como hemos analizado en Becoña (2004), ha sido el cambio de criterios diagnósticos para el juego patológico lo que está debajo de esta teórica discrepancia. También no debemos olvidar que varios autores han indicado que el punto de corte de cinco criterios para el diagnóstico del juego patológico es muy alto (ej., Stinchfield, 2003) y que debería rebajarse a cuatro, utilizando el DSM-IV; o que ahora se utiliza el criterio de padecer el trastorno en los últimos 12 meses para llegar a su diagnóstico, lo que no significa que la persona no precise ayuda, especialmente para evitar la recaída si antes tenía problemas de juego patológico (Toce-Gerstein y Gerstein, 2004); o que los servicios de tratamiento puestos en marcha en estos años (Volberg, 2004) hayan ayudado a que los jugadores patológicos jueguen menos y que, por ello, no aparezcan en los estudios como jugadores patológicos. Igualmente, también cabe la posibilidad de que las características de nuestros jugadores patológicos sean distintas, como indicaba Echeburúa, Báez, Fernández y

Páez (1994) hace años, donde con el SOGS proponían bajar el punto de corte de cinco a cuatro criterios, cuando en aquel momento el SOGS se adecuaba bastante bien a los criterios del DSM-III-R. En todo caso, nuevos estudios sobre esta problemática, que es de indudable gravedad, nos permitirán conocer más exactamente la prevalencia en nuestra población. Y, en la consideración más baja de prevalencia del juego patológico, estaríamos hablando de varios cientos de miles de jugadores patológicos que precisan ayuda. Esto representa un importante número de afectados, con los problemas que acarrea para ellos, sus familias y otras personas, así como para el sistema sanitario, especialmente para la asistencia en salud mental, al tener que prestarle servicio a los mismos o, al menos, a una parte de los que acuden a tratamiento para este trastorno. Lo que también sabemos, de modo positivo, es que la percepción de riesgo sobre el problema del juego se ha incrementado en la población española (Becoña, 2002), como un efecto de rebote de sus graves consecuencias en los años 90. Con todo, la gravedad del problema y el gran número de afectados están hoy como ayer presentes en nuestra sociedad.

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña.

Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología.
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur.
15782 Santiago de Compostela. E-mail: pcelisar@usc.es.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, M.W., y Volberg, R.A. (1996). The New Zealand National Survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* 12:143-160.
- Abbott, M., y Volberg, R. (2000, junio). Prevalence of pathological gambling in New Zealand. *Comunicación presentada al 11th International Conference on Gambling & Risk Taking*. Las Vegas, Nevada.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast. en Barcelona: Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised 4th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arbinaga, F. (1996). Conductas de juego con apuestas y uso de drogas en una muestra de adolescentes de la ciudad de Huelva. *Análisis y Modificación de Conducta* 22:577-601.
- Bachman, J. G.; O'Malley, P.M.; Schulenberg, J. E.; Johnston, L.D.; Bryant, A. L., y Merline, A.C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Becoña, E. (1993a). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1993b). *The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain)*. *Journal of Gambling Studies* 9:353-369.
- Becoña, E. (1996a). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. (1996b). The problem and pathological gambling in Europe: The cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies* 12:179-192.
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological Reports* 81:275-287.
- Becoña, E. (1998a). Conductas adictivas. ¿El problema del siglo XXI? *Psicología Contemporánea* 5:4-15.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología* 30:7-19.
- Becoña, E. (2002). Evolución de las opiniones y creencias sobre el juego de azar en la población adulta a lo largo de 10 años: 1991-2001. *Adicciones*, 14(Supl. 2): 94-95.

- Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS. ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? *Adicciones* 16:173-184.
- Becoña, E., y Fuentes, M.J. (1995). El juego patológico en Galicia evaluado con el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones* 7:423-440.
- Becoña, E., y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de E.G.B. *Psicothema* 8:13-23.
- Becoña, E.; Labrador, F.J.; Echeburúa, E.; Ochoa, E., y Vallejo, M.A. (1995). Slot gambling in Spain: A new and important social problem. *Journal of Gambling Studies* 11:265-286.
- Becoña, E.; Lorenzo, M.C., y Fuentes, M.J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports* 78:635-640.
- Becoña, E.; Míguez, M.C., y Vázquez, F.L. (2001). *El juego problema en los niños de Galicia*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E.; Míguez, M.C., y Vázquez, F.L. (2001). El juego problema en los niños escolarizados de la enseñanza secundaria de 14 y más años de Galicia. *Psicothema* 13:559-564.
- Bombín, B. (Comp.) (1992). *El juego de azar. Patología y testimonios*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Cayueta, R. (1990). *Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects*. Paper presented at the Eight International Conference on Risk and Gambling, London, August.
- Comisión Nacional del Juego (1986). *Libro blanco del juego*. Madrid: Ministerio del Interior
- Comisión Nacional del Juego (2003). *Memoria de Juego 2002*. Ministerio del Interior, Comisión Nacional del Juego (en www.mir.es)
- Dell, L.J.; Ruzicka, M.F., y Palisi, A.T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *International Journal of the Addictions* 16:149-156.
- Dickerson, M.G.; Baron, E.; Hong, S-M., y Cottrell, D. (1996). Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: A national survey. *Journal of Gambling Studies* 12:161-178.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Echeburúa, E.; Báez, C.; Fernández, J., y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta* 20:769-791.

- Echeburúa, E.; Báez, C., y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 24:51-72.
- Echeburúa, E.; Fernández-Montalvo, J., y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy* 31:351-364.
- Fernández-Alba, A., y Labrador, F.J. (2002). *Juego patológico*. Madrid: Síntesis.
- Ferris, J., y Wynne, H. (2001). The Canadian Problem Gambling Index: Final Report. En <http://www.CanadianProblemGamblingIndex.FinalReport> (22.8.2003).
- Fisher, S. (1993a). El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y el juego patológico en adolescentes: El caso del Reino Unido. *Psicología Conductual* 1:351-359.
- Fisher, S. (1993b). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies* 9:277-288.
- Fisher, S. (1999). A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents. *Addiction Research* 7:509-538.
- Gernstein, D.; Murphy, S.; Tace, M.; Hoffman, J.; Palmer, A., y Johnson, R. et al. (1999). *Gambling impact and behavior study*. Chicago: Report to the National Gambling Impact Study Commission.
- Gambino, B. (1997). Method, method: Who's got the method? What can we KNOW about the number of compulsive gamblers? *Journal of Gambling Studies* 13:291-296
- González, A.; Jiménez, S., y Aymamí, M.N. (1999). Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. *Anuario de Psicología* 30:111-125.
- Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. London: Routledge.
- Govoni, R.; Rucpich, N., y Frisch, G.R. (1996). Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies* 12:305-317.
- Griffiths, M.D. (1991). An analysis of "Amusement machines dependency and delinquence" (Home Office Research Study 101). *Journal of Gambling Studies* 7:79-86.
- Griffiths, M. (1995). *Adolescent gambling*. Londres: Routledge.
- Gupta, R., y Devereensky, J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies* 14:319-345.

- Ide-Smith, S.G., y Lea, S.E.G. (1988). Gambling in young adolescents. *Journal of Gambling Behavior* 4:100-118.
- Irurita, I.M. (1996). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales.
- Jacobs, D.F. (1989b). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. En: H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (Eds.), *Compulsive gambling. Theory, research, and practice* (pp. 249-292). Lexington, MA: Lexington Books.
- Labrador, F.J., y Becoña, E. (1994). Juego patológico: aspectos epidemiológicos y teorías explicativas. En: J.L. Graña (Coord.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 495-520). Madrid: Debate.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec. *Canadian Journal of Psychiatry* 36:732-734.
- Ladouceur, R. (1996). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies* 12:129-142.
- Ladouceur, R.; Dubé, D., y Bujold, A. (1994). Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. *Canadian Journal of Psychiatry* 39:289-293.
- Ladouceur, R., y Mireault, C. (1988). Gambling behavior among high school students in the Quebec-area. *Journal of Gambling Behavior* 4:3-12.
- Legarda, J.J.; Babio, R., y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions* 87:767-770.
- Lesieur, H.R. (2002). Epidemiological surveys of pathological gamblers: Critique and suggestions for modification. En: J.J. Marotta, J.A. Cornelius y W.R. Eadington (Eds.), *The downside: Problem & pathological gambling* (pp. 325-338). Reno, NV: Institute for the Study of Gambling & Commercial Gaming.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 144:1184-1188.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies* 9:213-223.
- Lesieur, H.R., y Rosenthal, R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (Prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies* 7:5-39.
- National Research Council (1999). *Pathological gambling: A critical review*. Washington, DC: Autor.

- Ochoa, E.; Labrador, F.J.; Echeburúa, E.; Becoña, E., y Vallejo, M.A. (1994). *El juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Ramírez, J.N.; Cabanes, M.; Carbonero, M.; Castilla, R.; Duarte, J., y Gutiérrez, B. et al. (1999). *Análisis del sector de las máquinas recreativas "tipos A y B". Estimación y análisis de la proporción de ludópatas en Andalucía*. Córdoba: ANMARE.
- Raylu, N., y Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 22:1009-1061.
- Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia del juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa Dross. *Revista Española de Drogodependencias* 14:265-275.
- Rönnerberg, S. D. (2000, junio). Pathological gambling in Sweden. *Comunicación presentada al 11th International Conference on Gambling & Risk Taking*. Las Vegas, Nevada.
- Rosenthal, R.J. (1992). Pathological gambling. *Psychiatric Annals* 22:72-78.
- Salinas, J. M., y Roa, J. (2001). Cuestionario de diagnóstico del juego patológico FAJER. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 1:353-370.
- Shaffer, H.J., y Hall, M.N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies* 12:193-214.
- Sproston, K.; Erens, B., y Orford, J. (2000). *Gambling behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey*. Londres, RU: National Centre for Social Research.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27:1-19.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry* 160:180-182.
- Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias* 23:53-74.
- Toce-Gerstein, M., y Gerstein, D.R. (2004). Of time and the chase: Lifetime versus pat-year measures of pathological gambling. *eGambling. The Electronic Journal of Gambling Issues* 10:1-5 (recuperado el 18-2-04)
- Villa, A., Becoña, E., y Vázquez, F.L. (1997). Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón. *Adicciones* 9:195-208.

- Volberg, R.A. (1993). Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. En: W.R. Eadington y J.A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior & problem gambling* (pp. 365-378). Reno, NE: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.
- Volberg, R.A. (1996). Prevalence studies of problem gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies* 12:111-128.
- Volberg, R. (1999). Research methods in the epidemiology of pathological gambling: Development of the field and directions for the future. *Anuario de Psicología* 30:33-46.
- Volberg, R.A. (2002). The epidemiology of pathological gambling. *Psychiatric Annals* 32:171-178.
- Volberg, R.A. (2004). Fifteen years of problem gambling research: What do we know? Where do we go?. *eGambling. The Electronic Journal of Gambling Issues* 10:1-19 (recuperado el 15-7-04).
- Welte, J.W.; Barnes, G.M.; Wieczorek, W.F.; Tidwell, M.C., y Parker, J. (2002). Gambling participation in the U.S.-Results from a National Survey. *Journal of Gambling Studies* 18:313-337.
- Winters, K.C. (2000, junio). Youth gambling: Transition from adolescence to young adulthood. *Comunicación presentada al 11th International Conference on Gambling & Risk Taking*. Las Vegas, Nevada.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R.D., y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* 9:63-84.
- Wong, I.L., y So, E.M. (2003). Prevalence estimates of problem and pathological gambling in Hong Kong. *American Journal of Psychiatry* 160:1353-1354.
- Winters, K.C. (2000, junio). *Youth gambling: transition from adolescence to young adulthood*. Comunicación presentada en el 11th International Conference on Gambling & Risk Taking. Las Vegas, EUA.
- Woody, R.T.A., y Griffiths, M.D. (1998). The acquisition, development and maintenance of lottery an scratchcard gambling in adolescent. *Journal of Adolescence* 21:265-273.
- Yafee, R.A., y Brodsky, V.J. (1997). Recommendations for research and public policy in gambling studies. *Journal of Gambling Studies* 13:309-316.
- Zitzow, D. (1992). *Incidence and comparative study of compulsive gambling behaviors between Indian and non-Indians within and near a northern plains reservation*. Bemidji, MN: Indian Health Service, Bemidji Area Office.