

JUEGOS DE APUESTA Y JUEGO PATOLÓGICO EN PUNTA UMBRÍA (HUELVA): PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS.*

Félix Arbinaga Ibarzábal
Alejandro M^a Arbinaga Ibarzábal
M^a José Albende Gil
Pedro L. López Vivancos
Cinta Sánchez Correa

Centro de Psicología Clínica (Huelva)

RESUMEN

El trabajo consiste en la presentación de los resultados obtenidos en un estudio epidemiológico sobre el juego de apuesta y el juego patológico realizado en el municipio de Punta Umbría (Huelva). Se muestran los datos recogidos sobre un grupo de 486 sujetos mayores de edad, utilizando el South Oaks Gambling Screen (SOGS), donde podemos observar que el 91,65% no presentaría problemas de juego, el 4,9% sería jugador con problemas leves y el 3,5% podríamos clasificarlo como probable jugador patológico. Tras describir distintas características sociodemográficas, destacamos que el 11,8% de los jugadores patológicos sobrepasan los 18 puntos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el 10,9% desearía suicidarse o lo haría si tuviera la oportunidad y el 29,4% de ellos podrían presentar problemas de alcoholismo medido con el Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA).

Palabras Claves: JUEGO PATOLÓGICO, DEPRESIÓN, ALCOHOLISMO

* Este trabajo ha sido financiado por la Concejalía de Bienestar Social (Ayto. Punta Umbría).

SUMMARY

This paper is a presentation of the results obtained from an epidemical study on gambling and pathological gambling carried out in Punta Umbría (Huelva-Spain). The data collected from a sample of 486 subjects who was over 18, using the South Oaks Gambling Screen (SOGS) are showed. The outcomes show that 91,65% do not present any gambling problems, 4,9% are would be gamblers with slight problems and 3,5% could be classified as probable pathological gamblers. After describing different sociodemographic characteristics, one can see that 11,8% of the pathological gamblers exceed the 18 points on the Beck Depression Inventory (BDI), 10,9% of them wish to commit suicide or would do so given the opportunity and 29,4% could present problems of alcoholism measured on the Brief Questionnaire of Alcoholism (CBA).

Key words: PATHOLOGICAL GAMBLING, DEPRESSION, ALCOHOLISM

INTRODUCCION

Está bien documentado que, desde 1.936, el juego ha experimentado un continuo y rápido crecimiento en la mayoría de los países (Frey, Eadington, 1984; McMillen, 1996). Una causa para este crecimiento que ha sido compartida por diversos autores (Cornish, 1978; Connors, 1983; Dickerson, 1984; Orford, 1985) es la disponibilidad de los juegos. Sin embargo, la afirmación de que el rápido crecimiento del juego es atribuible a la legalización y a la accesibilidad al juego, puede ser considerado falso o al menos incompleto, ya que toda actuación sería inútil si no hubiera un deseo de jugar por parte de la gente. Incluso en las sociedades donde el juego ha sido prohibido éste ha florecido (Dixon, 1996).

Para Ladoucer y Walker (1998) la naturaleza esencial del juego es que el dinero (o su equivalente) se arriesga en el incierto resultado de un suceso, sujeto a ciertas condiciones: a) el juego ocurre en un contexto de grupo donde después de los costos, tasas y ganancias, el dinero apostado por los perdedores es redistribuido a los ganadores y b) la redistribución del dinero es independiente de cualquier otra empresa comercial relacionada con el suceso de jugar. Todas las definiciones dadas de juego parecen diferir en cuanto a la incluido

y lo excluido en las mismas; para superar dicho problema habría que enumerar explícitamente aquello que queda incluido en ellas. En este contexto se han identificado tres amplias categorías de juego por dinero: apostar, jugar por dinero y loterías. Apostar se refiere a jugar dinero sobre el resultado de un incierto suceso futuro; jugar por dinero se refiere a jugar para ganar dinero en un juego de azar; y las loterías se refieren a la distribución de premios por el sorteo de los boletos. Aunque dichas categorías comparten muchos elementos en común parecen diferir en el ámbito estructural y sociológico.

El juego patológico fue reconocido oficialmente como entidad nosológica de salud mental en el año 1980 cuando la Sociedad Americana de Psiquiatría lo incluye por primera vez como trastorno en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su tercera edición (D.S.M.III). En ella, los criterios diagnósticos del juego patológico aparecen reflejados entre los trastornos de control de impulsos no clasificados en otras categorías o trastornos residuales. El rasgo básico que caracteriza al jugador patológico es «un fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y de la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales» (APA, 1987, 388). Se señalan como características básicas de los trastornos de control de impulso las tres siguientes: fracaso en resistir un impulso, sensación creciente de tensión antes de realizar el acto y experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de llevar a cabo el acto.

En 1987, cuando se publica la revisión del Manual (D.S.M.III-R) se producen cambios importantes en la consideración que del juego patológico se tiene, centrando el interés en aspectos como los síntomas fisiológicos de la abstinencia y tolerancia. Por su parte, la cuarta versión del DSM (APA, 1995) mantiene que la característica esencial del juego patológico “es un comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente” y se han de cumplir al menos cinco de los criterios indicados en la Tabla 1.

Las definiciones dadas en las distintas versiones del DSM asumen que en la población existen, al menos, dos tipos de jugadores: los sociales y los patológicos. Mientras los primeros serían aquellos que juegan esporádicamente y tienen control sobre su conducta, los jugadores patológicos se caracterizarían por jugar frecuentemente y sin control de su conducta de juego. Shaffer, Hall, Vander (1997)

agrupan a los jugadores en tres niveles, que bien pudieran representar un continuo de incremento en las conductas de jugar y los problemas asociados. Nivel 1.- juego social o recreacional sin consecuencias significativas. Nivel 2.- juego con problemas moderados y Nivel 3.- conductas de juego que resultan en múltiples problemas y es consistente con los criterios del DSM. Por su parte, Ochoa y Labrador (1994) proponen cuatro grupos de jugadores: los jugadores sociales, los jugadores profesionales, los jugadores problema y los jugadores patológicos (adicto y dependiente, respectivamente, en la terminología de Irurita, (1996).

Tabla 1.- Criterios diagnósticos del juego patológico en el D.S.M. IV

- 1.- Preocupación por el juego.
- 2.- Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
- 3.- Fracaso repetido en el esfuerzo de 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.
- 6.- Después de pérdidas se regresa para recuperar.
- 7.- Se engaña a los miembros de la familia y otros para ocultar el grado de implicación con el juego.
- 8.- Se comenten actos ilegales para financiar el juego.
- 9.- Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales, trabajos etc..
- 10.-Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera.

Un aspecto que siempre ha acaparado el interés de los investigadores es la búsqueda de características en los jugadores que permitan diferenciarlos del resto de la población, y así poder prevenir y actuar sobre aquellos factores que inciden con relevancia. Hoy en día hay que reconocer que aún no se dispone de datos concluyentes en el estudio de la personalidad de los jugadores, no hay una evidencia empírica ni teórica que permita caracterizar a éstos como grupo homogéneo (Fernández, Echeburúa, Báez, 1999). Por ello, aún no puede hablarse de un tipo de personalidad específico para los jugadores.

Entre otras cuestiones sobre las que se ha trabajado destaca el constructo, con base biológica, de búsqueda de sensaciones, donde se ha hipotizado que el jugador mostrará altos niveles en dicha dimensión (Zuckerman, 1979; Brown, 1993). Por su parte, y dada la alta incidencia de antecedentes familiares de ludopatía observada en muestras clínicas de jugadores patológicos (20%-35%, si se considera a familiares de primer grado y/o segundo grado respectivamente) se está desarrollando la investigación genética para determinar cuáles son los genes candidatos específicos del trastorno. Así, los resultados de epidemiología genética en sujetos con trastornos por abuso de sustancias han mostrado en general la existencia de un componente genético en su etiopatogenia (Cadoret, Yates, Troughton, Woodworth, Stewart, 1995; Saiz; Ibañez, 1999)

Un aspecto muy ligado con el anterior es el de la comorbilidad y las relaciones causales que se presentan entre el juego patológico y otras entidades nosológicas. En este sentido el interés se ha mostrado por las relaciones con trastornos de personalidad, depresión, ansiedad, suicidio, consumo de drogas etc... Usando pruebas psicológicas se ha podido constatar que los jugadores patológicos obtienen puntuaciones superiores en depresión a las de la población control; así mismo, mostraban una mayor presencia de acontecimientos vitales significativos y con episodios de depresión mayor si se evaluaban retrospectivamente (Roy, Ardinoff, Roehrich, Lamparski, Custer, Lorenz, 1988; McCormick, 1993; Crockford, el-Guebaly, 1998). En nuestro país, Becoña (1993) y, posteriormente Becoña, Lorenzo y Fuentes (1996), encuentran que el 20% de los jugadores patológicos tenían puntuaciones en el BDI superiores a los 18 puntos frente al grupo control en el que era del 9%. En jugadores que se encuentran en tratamiento el 16% cumplía los criterios de depresión mayor y el 41% refería haberlo padecido (García, Díaz, Aranda, 1993). A pesar de constatarse la presencia de tales correlatos aún no está claro cuál es la relación causal entre el juego y los trastornos depresivos. Se ha sugerido que el juego puede actuar como activador del estado de ánimo (Roy, Custer, Lorenz, Linnoila, 1988); sin embargo, cada día cobra más fuerza la hipótesis de que la depresión surge como una consecuencia más del juego (McCormick, Taber, 1988; Becoña, 1999).

Al igual que con los estados afectivos, y relacionado con ellos, parece que se dan ciertas coincidencias entre actividades de juego

y el suicidio. Así, Phillips, Welty, Smith (1997) señalan que en zonas donde se produce el juego como actividad legal y con cierta intensidad (vg. Las Vegas, Reno..) se observan, entre otros datos, unas mayores tasas de suicidio entre los visitantes jugadores, entre las esposas e hijos de los jugadores, entre los jugadores de la zona, etc.

La ejecución de conductas de juego suele realizarse en contextos donde las posibilidades de acceder a ciertos tipos de sustancias (vg. alcohol) son altas y reforzadas. En este sentido ha existido una cierta preocupación por conocer las relaciones que puedan darse entre el consumo de sustancias adictivas y el juego. Así Lesieur (1985) ya señalaba que el 15% de los jugadores patológicos también mostraban adicción al alcohol y/u otro tipo de drogas. En España la situación es similar, se observa cómo el 25% de los jugadores patológicos consumen 100cc o más de alcohol frente al 5% de la población general que lo hace en ese nivel. Rodríguez Martos (1987) encuentra que el 15% de las personas diagnosticadas como alcohólicas muestran un doble diagnóstico de juego patológico. Con relación al uso de tabaco los sujetos jugadores que fumaban llegaban al 75%, frente al 36% del grupo control (Becoña, 1993a). Estas relaciones se han encontrado también en grupo de menores de 18 años (Arbinaga, 1996).

Pero junto a este tipo de alteraciones que sufren los jugadores podemos observar un conjunto de manifestaciones relacionadas con la abstinencia al juego. En los momentos de abandono de la actividad de jugar aparece un fuerte deseo de volver a jugar y un aumento de la irritabilidad (Wray, Dickerson, 1981). Sobre una muestra de 222 jugadores patológicos Rosenthal, Lesieur (1992) destacan que el 24% se considera alcohólico y el 18% adicto a drogas. El 65% de los jugadores ha padecido al menos uno de los siguientes síntomas de abstinencia: insomnio, dolor de cabeza, trastornos del estómago o diarrea, pérdida del apetito, debilidad física, palpitaciones, dificultad en respirar, temblor, calambres, sudoración, dolores musculares, fiebre y el 91% reconocía experimentar craving.

Las principales fuentes de información epidemiológica, en la literatura internacional, las encontramos en los trabajos procedentes de EEUU, Canadá, Australia y países avanzados de Europa, Reino Unido, Alemania, Francia (Gallup, 1976; Meyer, 1986; Dickerson, Hinchy, 1988; Volberg, Steadman, 1988; Volberg, 1990; Ladoucer, 1991; Shaffer, Hall, 1996; Shaffer y cols., 1997; National Opinion Research Center, 1999; entre otros). Por parte de nuestro contexto

más cercano, y al mismo nivel de análisis global, destacan diversas investigaciones sobre la incidencia del juego en las Comunidades Autónomas de Andalucía (Legarda; Babio, Abreu, 1992; Irurita, 1996; Tejeiro, 1998), Galicia (Becoña, Fuentes, 1995; Becoña, 1991) y en Cataluña (Cayuela, 1990).

Un aspecto sobre el que habría que llamar la atención en los trabajos que referenciamos es la diversidad de instrumentos utilizados para la recogida de los datos, lo que puede dificultar los análisis comparativos entre los mismos. Así, por ejemplo, podemos ver la utilización del South Oaks Gambling Screen (SOGS) y los instrumentos organizados sobre la base de los Criterios del DSM-III-R, aunque mantienen buenas correlaciones entre ellos. No vamos a entrar en otras dificultades metodológicas que suelen surgir en los procesos de evaluación epidemiológica cuando hablamos del juego, tanto los referidos a la cuestión de la tasa base (Culleton, 1989), los falsos positivos (Solonsch, 1989), la consideración de casos o de continuos (Dickerson, 1985; Dickerson, 1993), el marco temporal de definición de los problemas de juego (Dickerson, 1993) y la consideración que se hace de los diversos tipos de juego (Dickerson, 1991). Sin embargo, hoy por hoy y a pesar de las críticas recibidas, el SOGS se muestra como el instrumento de screening más fiable y de fácil aplicación para la determinación de los niveles de juego en la población. Para ampliar información sobre tales problemáticas remitimos a los trabajos mencionados junto al realizado por el National Research Council (1999).

En el ámbito internacional la tasa de prevalencia del juego patológico en la población adulta se sitúa entre el 2%-3%, según lo manifestado en el DSM-III-R (APA, 1987) y el 0,5%-3% según otros estudios realizados (Allcock, 1986; Volberg y cols. 1988). A partir del meta-análisis realizado por Shaffer, Hall y Bilt (1997), de los estudios realizados entre 1988 y 1997, en Estados Unidos y Canadá, se encuentra que la prevalencia, a lo largo de la vida de jugadores patológicos (nivel 3) a través de la información recogida en 18 estudios, se mueve en el rango de entre el 0,1% y el 3,1%, con una media de 1,5%. La estimación combinada de los problemas de juego y la prevalencia de los probables patológicos (nivel 2 y 3) se sitúa entre el 2,3% y el 12,9%, sobre 15 estudios, y con una media del 5,4%.

En 1986, la Comisión Nacional del Juego publica en nuestro país «El Libro Blanco del Juego» donde se pone de manifiesto que el 79,2% de los mayores de 16 años reconoce jugar en mayor o menor

medida, perfilándose un jugador tipo. Estudios más recientes, desde el año 1990, nos mantienen en niveles de incidencia poblacional entre valores que oscilan, para jugadores problema del 1,6% (Becoña, 1991) al 5,18% de Legarda y cols. (1992) y, para jugadores patológicos del 1,4% encontrado por Becoña y Fuentes (1995) al 1,9% de Tejeiro (1996). En la Tabla 2 se reflejan los estudios más destacados de nuestro país sobre este grupo de población mayor de 18 años, manteniendo la diferenciación en los dos tipos de jugadores referidos.

Tabla 2.- Estudios en España sobre la prevalencia del juego patológico en adultos

Autor	Año	Muestra	Ámbito	J.Probl.	J.Patol.
Cayuela*	1990	1.230	Cataluña	2,5%	
Becoña	1991	1.615	Galicia	1,6%	1,7%
Legarda, Babio Abreu	1992	598	Sevilla	5,2%	1,7%
Becoña, Fuentes	1994	1.028	Galicia	2,0%	1,4%
Irurita	1996	4.977	Andalucía	4,4%	1,8%
Tejeiro	1998	419	Algeciras	3,8%	1,9%

Tomado de Becoña (1999).

* 2,5% se indica mediante el SOGS para jugadores problema (J.Probl.) y patológicos (J.Patol.).

En Andalucía, los datos de Irurita (1996) reflejan que el 1,80% del

conjunto de la población probablemente sea jugadora patológica frente al 4,40% que mantendría problemas con el juego. Considerando los resultados obtenidos en las tasas por tipo de jugador para cada provincia destacan las zonas de Cádiz (11,52%), Málaga (8,33%) y Jaén (7,16%); por su parte, Huelva presentaría un 4,18% en ambas categorías. Estos datos suponen que sobre una población de 6.789.772 podemos encontrarnos con un total de 296.535 andaluces que podrían ser considerados jugadores adictos y 129.799 lo serían en la categoría de probables jugadores dependientes. En la provincia de Huelva, la misma fuente nos refleja un total de 18.142 onubenses ($N = 433.995$), que podrían padecer problemas con el juego, en ambas categorías y al 50%, situándonos en la sexta provincia de nuestra comunidad en presentación de problemas relacionados con el juego de apuestas.

Si revisamos los datos encontrados en otros trabajos, y por lo que se refiere a la población adulta, en sus principales variables demográficas, como forma de encuadrar y tener de referente para los resultados que posteriormente presentaremos, habría que señalar que la representación por sexos en el juego patológico se sitúa, según diversos estudios, en torno a 2-3 hombres por cada mujer (Echeburúa, 1992; Ochoa, Labrador, 1994, Tejeiro, 1998) y los 9:1, de hombres frente a mujeres, referidos por Irurita (1996) en Andalucía. Estos porcentajes varían según el tipo de juego considerado (Becoña, 1993; Irurita, 1996, entre otros), y la gravedad de los problemas (Tejeiro, 1998). Sin embargo, y coincidiendo con los datos encontrados en Andalucía, podemos observar que una de cada diez personas que acuden a solicitar tratamiento son mujeres (Echeburúa, 1992).

Considerando la edad, como variable de relevancia, se observa una ruptura con la supuesta imagen del jugador adulto. Los datos disponibles nos revelan que en la franja de edad 18-30 años se sitúa el 37,5% y 39% de jugadores patológicos encontrados por Tejeiro (1998) y Becoña (1991) ó el 51,6% de jugadores problema (Legarda y cols., 1992). En el conjunto de la comunidad andaluza (Irurita, 1996) se observa la mayor proporción de jugadores dependientes (patológicos) en el grupo comprendido entre los 18 y los 30 años de edad (40,1%), así como entre los 46 y 56 años (26,4%). En Algeciras la franja 18-45 años absorbe al 62,5% de cada grupo de jugadores problema y patológico (Tejeiro, 1998).

En este sentido ya existen trabajos específicos sobre grupos de

adolescentes o jóvenes menores de edad (Arbinaga, 1996; Becoña, Gestal, 1996; Villa, Becoña, Vázquez, 1997; Castro, 1999) donde se ofrecen datos que van desde el 1,6% al 2,9% como jugadores patológicos, aunque habría que decir que existientes diferencias entre los estudios en cuanto a la utilización de instrumentos, intervalos de edad considerados etc.

Los datos centrados en el estado civil indicaban que en la ciudad de Sevilla (Legarda y cols, 1992) el 80% de los jugadores patológicos estaba casado y sólo el 20% era soltero. En Galicia (Becoña, 1993) de los posibles jugadores patológicos el 39,3% se encontraba soltero, el 46,4% casado, el 7,1% separado/divorciado, el 3,6% cohabitaba y el 3,6% era viudo. En Andalucía (Irurita, 1996) de los jugadores dependientes el 53,9% era casado, el 39,3% soltero, el 1,1% viudo y el 5,6% separado. Por su parte, Algeciras (Tejeiro, 1998) muestra en sus jugadores patológicos que el 75% de los mismos estaba casado y el 25% soltero, no encontrándose ningún sujeto en otros grupos, salvo en los viudos (6,3%) que incidían los problemas de juego.

Por lo que se refiere a la relación entre clase social y tipo de juego se considera de menor importancia que la tenida por la ocupación profesional. En Andalucía, los datos indican que el 51,7% de los casos de jugadores patológicos son trabajadores en activo, el 22,0% se encuentran parados y el 8,8% son estudiantes; frente a los jugadores problema que se manifiestan en el 59,6% de los casos como amas de casa, el 10,9% como personas en activo con baja laboral y el 5,4% son estudiante (Irurita, 1996). De ello resulta que el 14,2% son estudiantes que han establecido relaciones problemáticas con el juego. Visto los datos de Algeciras, y considerando la categorización del estatus social en medio bajo, bajo, medio, medio alto y alto, el 93,7% de los jugadores problema se situarían entre los tres niveles más bajos, frente al 100% de los jugadores patológicos.

Si nos centramos en el nivel de estudios alcanzado por los sujetos entrevistados podemos decir que en general todos los estudios tienden a coincidir en que tanto los jugadores problemas como los probables jugadores patológicos suelen situarse en unos niveles de estudio de tipo primarios (Legarda y cols, 1992, Becoña, 1993, Irurita, 1996, Tejeiro, 1998).

En cuanto a la salud física, y sus problemas asociados con el juego patológico, se han detectado cefaleas migrañosas, trastornos intestinales y otros trastornos relacionados con el estrés (Lorenz,

Yaffee, 1986). Se establece que los jugadores patológicos exhiben altas tasa de enfermedad mental incluyendo depresión mayor, trastornos hipomaniacos y trastorno de pánico (Linde, Pope, Jonas, 1986; McCormick, Russo, Ramírez, Taber, 1984).

Si observamos las relaciones entre consumo de drogas, que ya hemos mencionado de manera general, y los problemas de juego, diversos trabajos ponen de manifiesto tales relaciones, que resultan ser bidireccionales. Así, vemos que las tasas de prevalencia del consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre jugadores patológicos oscila alrededor del 15% (Lesieur, 1985; Rodríguez-Martos, 1987) pero algunos trabajos muestran cifras que ascienden hasta situarse en el 45% (Ramírez, McCormick, Russo, Ramírez, Taber, 1983).

En Andalucía, por lo que se refiere al consumo de tabaco, se considera que mientras en la población general de andaluces el 37,1% manifiesta ser fumador, los datos para los jugadores problema y patológicos se sitúan en orden al 56% y 72% respectivamente.

Cuando centramos la atención, en esta misma comunidad, en las relaciones que se establecen entre el juego y el consumo de alcohol de baja graduación (vinos, cerveza, etc) vemos que aproximadamente el 48%, de los jugadores patológicos, frente al 29,25% de jugadores problemáticos, manifiestan beber diariamente. Si hablamos de bebidas alcohólicas de alta graduación (whisky, ginebra, ron etc) observamos que diariamente manifiestan su consumo el 11,4% de los jugadores problema y patológicos (Irurita, 1996).

Las principales características del jugador en nuestro país, similares a las de nuestro entorno (Ladouceur, 1991, National Opinion Research Center, 1999; Volberg, 1993) son resumidas por Becoña (1999) en:

- Hay dos hombre por cada mujer jugadora patológica.
- Predominan los jugadores patológicos entre los más jóvenes.
- Tienen menor nivel educativo.
- Hay aproximadamente la misma cantidad de solteros que de casados.
- Su ocupación laboral es semejante a la del resto de la población.
- Juegan predominantemente a las máquinas tragaperras.
- Cuanto mayor es la ciudad de residencia mayor es el número proporcional de jugadores patológicos.
- Los que acuden a tratamiento son fundamentalmente varones de aproximadamente 40 años, casados, con estudios primarios

y la mitad con trabajo fijo e ingresos económicos bajos.

Por último, decir que los resultados que presentamos se enmarcan en un trabajo epidemiológico sobre el juego de apuesta y el juego patológico en el municipio de Punta Umbría (Huelva) y entre los objetivos que contemplábamos señalamos el aportar datos que permitan ampliar cuantitativa y cualitativamente la información sobre la adicción al juego en nuestro país. Conocer la prevalencia en el consumo de juegos de apuesta y, específicamente, determinar los niveles de juego patológico en el municipio para servir de base al diseño de guías de intervención, tanto preventivas como asistenciales.

En este sentido, los resultados esperados, en las principales características, pensábamos pudieran resultar similares o algo superiores, a los del resto de los estudios realizados en nuestro país, dadas las peculiaridades que presenta el término municipal sobre el que se recoge la información.

MÉTODO

Como decimos, y considerando el carácter de aproximación que presenta el estudio a la realidad social del municipio, utilizaremos un diseño descriptivo, localizando como criterio principal de clasificación, que caracterizará al grupo de referencia en la presentación de los datos, las respuestas registradas en el instrumento de evaluación sobre el juego patológico.

Instrumentos

Para llevar a cabo la recogida de información se confeccionó una hoja de entrevista (Formato A3) organizada en los siguientes bloques temáticos:

- Bloque Primero.- Datos de Sociodemografía.
- Bloque Segundo.- Datos de Juego con Apuestas.
- Bloque Tercero.- Datos de Motivación para Jugar.
- Bloque Cuarto.- Datos de Alcoholismo y Depresión.
- Bloque Quinto.- Datos de Drogas y Tabaco

El primero de los bloques, aporta información sobre datos sociales básicos del entrevistado: sexo, edad, estado civil, situación laboral, ingresos, gente con la que convive, nivel de estudios y

profesión, entre otras cuestiones. Aquí se decidió introducir una pregunta sobre si conocía el hecho de que alguna de las personas con las que convivía jugaba apostando, la intención fue la de unificar las preguntas sobre las persona con las que compartía la vivienda.

El segundo de los bloques, referido a los últimos doce meses, se compuso de la versión adaptada a la población española del South Oask Gambling Screen realizada por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994). Este bloque se completó con una pregunta demandando información sobre conductas de robo o desvío de dinero, dedicado a otros fines, para poder jugar o recuperar lo perdido anteriormente en las apuestas de juego.

Como decimos, los datos relativos al juego se obtienen mediante la adaptación del Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS) de Lesieur y Blume (1987). Instrumento de screening que identifica de manera rápida a posibles personas en dificultades con las conductas de jugar, se ha mostrado como un instrumento de elección prioritario en los diversos estudios realizados, tanto en nuestro país como internacionalmente, siendo considerado como un predictor de un criterio heterogéneo (DSM.III-R) para el juego patológico; además de ser el instrumento más fiable y válido de que se dispone en la actualidad. Según los autores la fiabilidad test-retest es de 0.71 y la consistencia interna de 0.97. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica del juego patológico según los criterios diagnósticos del DSM.III-R es de 0.94 y de 0.60 con la valoración de los familiares del paciente (Echeburúa, Báez, Fernández, Páez 1994).

Se destaca su interés (Echeburúa, 1994) por permitir una detección más precoz en fases críticas del juego patológico. Entre sus limitaciones se menciona el ser un instrumento de aproximación a poblaciones de riesgo y no permitir análisis funcionales de la problemática individual. Culleton (1989) centra sus críticas al considerarlo como una medida que falla en explicar los falsos positivos cuando se usa una muestra de la población general como opuesto a los grupos de validación originales.

Entre las características de la versión para población española señalamos que el coeficiente de fiabilidad test-retest (a cuatro semanas) fue de 0,98 ($p < 0,001$) (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo, Páez, 1994). La consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach en la muestra total de sujetos era del 0,94. En

cuanto a la validez convergente se ha establecido una correlación biserial puntual entre las puntuaciones del SOGS y la existencia o no de juego patológico, dicha correlación es de 0,92 ($p < 0,001$). En cuanto a los puntos de corte, si se acepta el propuesto por la versión original (5 puntos), la sensibilidad sería del 95% y la especificidad del 98%. Ahora bien, si en los estudios de screening primamos la sensibilidad sobre la especificidad, de modo que se reduzcan los falsos positivos negativos llegamos a que con un corte sobre 4 puntos se consigue que la sensibilidad y la especificidad sean del 100% y del 98% respectivamente. De este modo la eficacia diagnóstica sería del 98%, es decir, la misma que con un corte de 5 puntos pero con una mayor sensibilidad (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo, Páez, 1994).

Para ampliar información sobre las características específicas del instrumento recomendamos la lectura de Dickerson (1993) y en el caso de una adaptación a la población española remitimos a Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994) y Echeburúa (1994).

El tercero de los bloques, también referido a los últimos doce meses, se organizó en torno a la pregunta de ¿usted juega para...? que buscaba determinar las diversas motivaciones alegadas para ello, considerándose seis tipos de razones por las que se apostaba (conseguir dinero, entretenerse, porque lo hacen los amigos, por las sensaciones obtenidas, para olvidar problemas, porque no puedo dejar de jugar una vez que he comenzado), siendo las opciones de respuesta: 1 (nunca), 2 (pocas veces), 3 (50% de las veces), 4 (casi siempre) hasta 5 (siempre).

El cuarto de los bloques se compuso de dos cuestionarios independientes: el Cuestionario Breve de Alcoholismo (C.B.A) referido a los últimos dos años (Feuerlein, 1976) y el Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.) referido a las últimas dos semanas (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979).

En el C.B.A. no se establecen niveles diagnósticos, pero sí, a partir de los puntos de corte, se deja indicado una diferenciación entre alcoholismo y no alcoholismo. Rodríguez-Martos (1986) observa una sensibilidad del 97,1% y una especificidad del 87,1%, en su validación original, coincidiendo en un 97,1% con el diagnóstico efectuado con el Münchner Alkoholismus Test (MALT) (Feuerlein, 1977) en el mismo grupo de sujetos. Para la muestra de alcohólicos la correlación entre ambos fue de 0,740 (alfa = 0,01) y en la muestra

de no alcohólicos ésta fue de 0,418 a igual alfa (Rodríguez-Martos, 1986). Aceptando el punto de corte original (6 puntos) la versión castellana presenta una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%. Con un valor umbral de 5 puntos la sensibilidad y la especificidad se situarían en el 98%. Situando a este nivel el punto de corte, la eficacia diagnóstica ($EF = Se + Sp$) sería de 196 idéntica la obtenida con 6 puntos pero mayor sensibilidad. Entre sus aplicaciones se ha propuesto para estudios en grandes poblaciones presuntamente sanas (Rodríguez-Martos, 1986).

El segundo de los cuestionarios utilizados en este apartado es el ya muy conocido Inventario para la Depresión de Beck (B.D.I.) (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). A pesar de que existen versiones más breves (13 items) y la correlación con la versión de 21 items es de 0,96 se recomienda utilizar esta última pues el porcentaje de errores de clasificación cometidos con ella es más bajo (Kendall, Hollon, Beck, Hammen, Ingram, 1987). En este último trabajo, como revisión de los veinticinco años de evaluación del inventario, el equipo de Aaron Beck encuentra una consistencia interna media de 0,86 para pacientes psiquiátricos y de 0,81 para sujetos no psiquiátricos. Respecto a su validez concurrente informan de una correlación media con la Escala de Hamilton para la depresión de 0,73 para pacientes psiquiátricos y de 0,74 para sujetos no psiquiátricos. Con respecto a esta versión Vázquez y Sanz (1991) obtuvieron un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,65 a 0,72 y un alfa de Cronbach de 0,82.

Para ampliar información sobre el Inventario de Depresión de Beck en grupos de población española remitimos a los trabajos de Sanz (1994), Sanz y Vázquez (1998), Vázquez, Sanz (1997, 1999).

El último de los bloques, se compuso de cuatro preguntas de opciones múltiples que buscaban determinar, para los últimos seis meses, las relaciones del sujeto encuestado con el uso-abuso de diversas drogas (porros, alcohol, alucinógenos, tabaco, cocaína, heroína, anfetaminas, tranquilizantes) y, la conducta de fumar en cuanto a número de cigarrillos fumados al día, edad de inicio al consumo y la latencia para el primer cigarrillo diario.

Muestra

El estudio que presentamos ha sido realizado en el municipio de Punta Umbría, provincia de Huelva. Su ubicación dentro de la pro-

vincia, en la zona sur, centro de la costa, la convierten en una demarcación geográfica privilegiada para el turismo y el ocio. Junto al turismo, el municipio se caracteriza, en el conjunto de la provincia, por el desarrollo de una actividad productiva inmersa en el ámbito de la pesquería (Serna, 1996).

La provincia de Huelva en 1.996, presentaba una población censal de 452.822 personas (Instituto Nacional de Estadística, 1996). El municipio de Punta Umbría, por su parte, reflejaba una población de 10.888 personas, situándose entre los diez términos municipales de mayor población de la provincia ($n = 79$), y perteneciendo a una de las zonas, la de costa, que resulta en una de las de mayor densidad en habitantes. En el censo se puede observar que el 49,04% son mujeres y el 79,12% es menor de 50 años.

Para la recogida de información se realizó un muestreo estratificado, proporcional aleatorio, considerando el criterio de clasificación la edad y el sexo. El error establecido para la determinación del tamaño muestral es de $\pm 4\%$ ($e = 0,04$) y un nivel de confianza del 95,5% (Tagliacarne, 1962), esto hace que el número de personas requeridas para caracterizar a la muestra para una población como la comentada sea de 588 sujetos. Una vez recogida la información, la muestra quedó compuesta por 616 individuos, con edades comprendidas entre los 8 y los 79 años. Nosotros presentaremos los datos que se obtuvieron en la población mayor de 17 años. Ésta se compuso de 486 personas (51,2% mujer y 48,8% varón).

La tasa de rechazos fue del 8,47% sobre el conjunto de los contactos realizados en el grupo de adultos (> 17 años), esto supone que se llevaron a cabo un total de 531 propuestas para cumplimentar la entrevista. Dicha tasa de rechazo resulta mucho más reducidos que lo visto en otros trabajos (Legarda y cols., 1992, Tejeiro, 1996).

Procedimiento

La recogida de información fue realizada por un total de cinco personas, cuatro estudiantes de psicología de la UNED y el coordinador, identificadas con una autorización municipal. Todos se sometieron a cinco sesiones de formación sobre: juego, instrumentos, metodología de trabajo, instrucciones etc..

El período durante el que se procedió a la recogida de la infor-

mación fue el que medió entre el 2 de octubre y el 17 de noviembre de 1.999. Las horas sobre las que se trabajaba era entre las 17:30 a 21:30. Durante las mañanas se actuaba sobre los colegios y el instituto. Hay que señalar que durante cinco días (del 16 al 20 de octubre) se realizaron entrevistas a domicilio por la mañana y en cada zona, especialmente para poder acceder a determinados grupos con ciertas edades. Por último, decir que para los análisis estadísticos se ha utilizado el SPSS-PC 6.0

La información en el grupo de adultos (n=486) se recogió mediante entrevistas en el domicilio del sujeto. Para ello, una vez estratificada la población según sexo y edad y seleccionada la composición de la muestra bajo tales criterios, se procedió a sectorializar el municipio. Los sectores se repartieron entre los encuestadores de manera aleatoria. En cada sector se procedió a seleccionar las calles sobre las que se iba a recoger la información, para ello el criterio seguido sobre el plano-callejero fue dejar una calle blanca entre dos seleccionadas. Las instrucciones de inicio, una vez situados en la calle objetivo, presentaban algunos matices al proceso seguido por Tejeiro (1996), a partir del último minuto indicado en el reloj se seleccionaba el número de la vivienda.

En la toma de contacto inicial, y tras la presentación genérica unificada, si la persona accedía a cumplimentar la entrevista se le aclaraban los motivos de la investigación, indicándosele que ésta versaba sobre el juego de apuesta y para ello se explicitaba qué íbamos a entender por ello. Se procuraba mencionar los diversos tipos de juego y ello lo valoramos como importante ya que considerábamos que determinadas actividades (cupones ONCE, bonoloto, quinielas etc) no suelen ser consideradas, de manera general, como juegos de apuesta o bien no suelen percibirse como posibles fuentes de problemas, y tienden a no clasificarse entre las actividades consideradas como tales, y que la gente suele limitar al bingo, cartas, máquinas tragaperras etc. Para este trabajo se consideró a todos los juegos donde mediaba una apuesta con posibilidad de ganar un premio en metálico o perder lo apostado.

El entrevistador, en caso de dudas resolvía las mismas con explicaciones. Siempre se procuraba que el entrevistado estuviera solo al rellenar la entrevista.

Tabla 3.- Distribución del tipo de jugador según características sociodemográficas

n=486	%	Total.	Sin Problema.	J.Problema.	J.Patológico.
Sexo.			91,6	4,9	3,5
Varón		48,8	46,1	87,5	64,7
Mujer		51,2	53,9	12,5	35,3
Edad.					
18-22		15,6	16,2	8,3	11,8
23-27		11,5	11,7	4,2	17,6
28-32		10,7	11,0	12,5	-----
33-37		11,5	10,6	12,5	35,3
38-42		10,7	11,2	8,3	-----
43-47		8,2	7,9	8,3	17,6
48-52		7,4	6,7	16,7	11,8
53-57		6,0	6,3	4,2	-----
58-62		7,0	7,2	8,3	-----
63-67		6,6	7,0	4,2	-----
>67		4,7	4,3	12,5	5,9
Estado Civil.					
Casado		64,8	64,3	75,0	64,7
Soltero		28,4	29,0	16,7	29,4
Separado/divorciado		3,3	2,9	8,3	5,9
Viudo		3,5	3,8	-----	-----
Situación Laboral.					
Parado		11,5	11,9	12,5	-----
Activo		32,9	32,1	45,8	35,3
Activo Baja		2,5	1,8	12,5	5,9
Jubilado/pensionista		10,1	9,2	20,8	17,6
Ama de casa		31,9	33,3	8,3	29,4
Estudiante		11,1	11,7	-----	11,8
Ingresos mensuales.					
< 60.000		8,4	8,5	-----	17,6
60.001-120.000		35,0	36,0	20,8	29,4
120.001-250.000		38,3	38,9	33,3	29,4
250.001-400.000		17,5	16,2	41,7	17,6
> 400.000		0,8	0,4	4,2	5,9
Nivel de estudios.					
Sin estudios		23,7	23,4	16,7	41,2
Graduado escolar		40,9	40,4	58,3	29,4
Bachiller/COU		15,0	15,1	16,7	11,8
F.Profesional		8,4	9,0	-----	5,9
Universitario Medio		9,5	9,4	8,3	11,8
Universitario Superior.		2,5	2,7	-----	-----

RESULTADOS

Los resultados obtenidos nos indican que el 91,65% de los sujetos no tendrían problemas con el juego, si jugasen hablaríamos de ellos como jugadores sociales. El 4,9% mantendría problemas leves con el juego y el 3,5% podríamos clasificarlo con mucha probabilidad como jugador patológico. En la Tabla 3 resumimos las principales características sociodemográficas de la muestra. En ella podemos observar el fuerte incremento que se refleja en lo que representan las mujeres dentro de las categorías de problemas con el juego cuando se pasa del grupo de problemas leves al de probable patología.

Como podemos ver el 29,4% de los jugadores patológicos tienen entre 18 y 27 años, frente al 12,5% que representan dichas edades en el grupo de problemas leves. El intervalo de edad dominante (35,3%) entre los jugadores patológicos es el de 33-37 años; sin embargo, en los problemas leves la distribución es mayor y destaca ligeramente (16,7%) el grupo 48-52 años.

Si nos centramos más concretamente en los resultados sobre variables directamente relacionadas con el juego (Tabla 4) vemos que los antecedentes familiares se dan con más frecuencia a medida que aumentan los problemas con el juego y que en la medida en que se padecen problemas con el juego también es más frecuente convivir con otras personas que juegan apostando.

Tabla 4.- Entorno de juego: antecedentes familiares y convivencia con alguien que juega

%	Total.	Sin Problema.	J.Problema.	J.Patológico.
Antecedentes Familiares				
Los dos	3,1	2,7	4,2	11,8
Sólo mi Padre	12,8	11,5	25,0	29,4
Sólo mi Madre	7,4	7,0	4,2	23,5
Ninguno	76,7	78,9	66,7	35,3
Convive con alguien que juega				
No	59,9	61,8	50,0	23,5
Si	40,1	38,2	50,0	76,5

Uno de los aspectos que más llama la atención son las motivaciones que suelen alegar para jugar. En la Tabla 5 ofrecemos los datos para cada tipo de motivación analizada en sólo dos categorías agrupadas de respuestas (nunca y alguna vez). Un hecho que resalta a primera vista es que si se consideran las motivaciones que pudiéramos considerar extrínsecas (para ganar dinero, por entretenimiento, porque lo hacen los amigos) las diferencias entre los jugadores patológicos y los problemas tienden a ser ligeras, salvo en el caso de jugar "por que lo hacen los amigos" que se acentúan algo más. Sin embargo, en aquellas consideradas intrínsecas (por las sensaciones obtenidas con el juego, para olvidar problemas, y por que no puedo parar una vez que comienzo a jugar) los jugadores patológicos se distancian considerablemente cuando recurren a tales motivos para justificar su juego.

Tabla 5.- Motivaciones alegadas para jugar

%	Total.	Sin Problema.	J.Problema.	J.Patológico.
Ganar Dinero				
Nunca	31,1	33,5	4,2	5,9
Alguna vez	68,9	66,5	95,8	94,1
Entretenimiento				
Nunca	60,1	64,5	12,5	11,8
Alguna vez	39,9	35,5	87,5	88,2
Por los amigos				
Nunca	71,0	75,0	16,7	35,3
Alguna vez	29,0	25,0	83,3	64,7
Por las sensaciones				
Nunca	85,4	90,3	41,7	17,6
Alguna vez	14,6	9,7	58,3	82,4
Para olvidar problemas				
Nunca	93,4	96,0	79,2	47,1
Alguna vez	6,6	4,0	20,8	52,9
No puedo dejarlo				
Nunca	96,9	99,6	91,7	35,3
Alguna vez	3,1	0,4	8,3	64,7

De manera resumida podemos decir que la principal motivación alegada por el jugador patológico es la de ganar dinero, seguida de jugar para entretenerse, a continuación se alega jugar por las sensaciones obtenidas, la influencia de los amigos y el no poder dejarlo se emparejan y se termina con la de jugar para olvidar los problemas. En el caso de los jugadores con problemas leves se observan algunas diferencias en la ordenación de los motivos reconocidos.

Si revisamos los resultados en función del tipo de juego ($n=9$) que más se reconoce como jugado (nunca, menos de una vez por semana, una vez por semana o más) y los agrupamos en sólo dos categorías (nunca y alguna vez) veríamos que del conjunto de la muestra ninguno ha apostado en carreras de animales. El juego que domina serían las loterías y similares (74,9%) seguido del bingo (23,2%), las máquinas tragaperras (16,5%), los juegos de habilidad (4,5%), la bolsa (0,8%) y el juego al casino será el que menos representa (0,4%).

Observando el grupo de jugadores patológicos se concluye que en los últimos doce meses el 41,2% dice haber jugado a cuatro tipos de juegos diferentes, el 23,5% reconoce su participación en tres, el 29,4% en dos y un 5,9% dice haber participado en siete tipos de juegos. Si hablamos de jugadores con problemas leves el 25% dice haber jugado a cuatro tipos de juegos, el 29,2% dice que a tres, el 37,5% dice que a dos y un 8,3% reconoce que ha participado en cinco clases de juegos diferentes. En el caso de los jugadores sin problemas el 73,5% dice que o bien no ha jugado en ninguna clase de juego o al menos en una, el 13,5% dice que a dos, el 10,1% a tres, el 2,7% reconoce que ha participado en cuatro y el 0,2% dice que en cinco clases diferentes.

Si el tipo de juego lo observamos desde la óptica del grupo de jugadores patológicos veríamos que el 94,1% dice que alguna vez ha jugado al bingo, el 58,8% a las máquinas tragaperras, el 52,9% a las cartas, el 17,6% a juegos de habilidad, el 5,9% al casino y otro 5,9% a la bolsa. Si la referencia es el grupo de jugadores con problemas leves la dominancia la muestra el bingo con el 75% de los mismos, seguido de las máquinas tragaperras con el 50% y las cartas con igual porcentaje, el juego que mostraría menor participación en este grupo serían los juegos de habilidad con el 29,2%

Cuando se pregunta por la máxima cantidad de dinero apostado en un solo día el 21,6% nos dice que no ha jugado dinero, el 43,4% nos informa que < de 1.000 pts, el 21,4% estaría entre las 1.000

y las 5.000 pts, el 9,7% entre las 5.000 y las 10.000 pts, el 3,7% entre las 10.000 y las 50.000 pts y el 0,2% mostraría unos gastos de más de 50.000 pesetas. Como era de esperar los jugadores patológicos son los que más han llegado a apostar en un solo día. Así, el 47,1% estaría entre las 5.000 y las 10.000 pesetas, el 35,3% se situaría entre las 10.000 y las 50.000 pts., el 11,8% habría gastado entre 1.000 y 5.000 pts y sólo un 5,9% habría tenido un gasto superior a las 50.000 pesetas en un día de apuestas. Para los jugadores con problemas leves el 41,7% estaría entre las 5.000 y las 10.000 pts., el 37,5% dice estar entre las 1.000 y las 5.000 pts., el 12,5% entre las 10.000 y las 50.000 pts. y el 8,3% dice haber gastado menos de 1.000 pesetas.

Si la pregunta busca determinar a quién se han visto obligados a pedir dinero prestado para jugar o pagar deudas derivadas del juego, vemos que el 97,9% dice que no ha pedido prestado, el 0,4% dice que a una sola fuente, el 1,2% a dos, el 0,2% a cuatro y otro 0,2% a cinco fuentes distintas. El número de personas o entidades a las que se recurre para conseguir dinero para jugar aumenta a medida en que aumentan los problemas con el juego. Así, de los sujetos con problemas leves en un 4,2% de los casos reconocen que piden prestado a una sola de las fuentes y el 95,8% no lo hace. Si nos referimos a los jugadores patológicos el 35,3% dice que llega a pedir préstamos hasta en 2 fuentes distintas, el 5,9% lo hace a una, cuatro y a cinco personas o entidades y un 47,1% dice que no recurre a pedir prestado. El 17,6% de los probables jugadores patológicos reconocen que se han visto obligados a robar o a realizar actos ilícitos para poder jugar.

Si se considera el tipo de fuentes a las que se recurre para pedir dinero prestados vemos que destaca, en los jugadores patológicos la de coger dinero de casa (41,2%), a otros familiares los hacen un 35,3%, un 17,6% recurre a la pareja, un 11,8% coge dinero de las tarjetas de crédito, y un 5,9% llega a buscar fondos en los bancos. Aquellos que presentan problemas leves sólo recurren al dinero de la casa en un 4,2% de los casos.

Como hemos señalado en la introducción, un aspecto relevante en los estudios sobre las problemáticas derivadas del juego son las alteraciones en el estado de ánimo, las relaciones entre juego patológico y depresión. Nosotros, mediante el B.D.I, valoramos las puntuaciones obtenidas por los sujetos en depresión y también consideramos conveniente valorar de manera aislada el ítem número 9 del mismo cuestionario y que hace referencia al suicidio (Tabla 6).

Tabla 6.- Distribución de los jugadores según resultados BDI e ítem suicidio del BDI

%	Total.	Sin Problema.	J.Problema.	J.Patológico.
B.D.I				
Normal	79,2	80,4	79,2	47,1
Leve	14,0	12,6	20,8	41,2
Moderada	4,9	4,9	-----	11,8
Grave	1,9	2,0	-----	-----
Suicidio (ítem nº 9 BDI)				
No piensa	94,2	94,8	95,8	76,5
Piensa no haría	4,7	4,5	4,2	11,8
Desearía	0,8	0,7	-----	5,0
Haría si oportunidad	0,2	-----	-----	5,9

Los datos reflejados en la Tabla 6 nos muestran que dentro del grupo de probables jugadores patológicos es donde mayor es la representación de sujetos con alteraciones en el estado de ánimo, con un 11,8% que puntúa por encima de los 18 puntos en el BDI, frente al 6,9% de los sujetos que no presentan problemas con el juego y ninguno en los que manifiestan problemas leves.

En el caso de las conductas de suicidio viene a ocurrir algo similar, el 5,9% de los sujetos con una probable patología en el juego explicitan que llegarían a suicidarse si tuvieran la oportunidad. Podríamos decir que el 23,5% de los sujetos de este grupo tendrían pensamientos, deseos, o lo intentaría en alguna medida frente al 4,2% de los jugadores con problemas leves que sólo lo piensan pero no llegaría a hacerlo y al 5,2% de aquellos que no presentan problemas de juego que lo habrían pensado sin llegar a hacerlo o que desearían suicidarse.

Por último, haremos una breve referencia a los resultados obtenidos en el Cuestionario Breve de Alcoholismo. En el conjunto de la muestra el 7,0% podía presentar un probable alcoholismo. Entre

los sujetos sin problemas de juego este porcentaje representaba al 5,8%, aumentando para los jugadores con problemas leves al 12,5% y llegando al 29,4% en los jugadores patológicos.

CONCLUSIONES

Los datos nos reflejan en el conjunto de los mayores de 17 años ($n=486$), que al 91,65% podemos considerarlos como personas sin problemas de juego, el 4,9% tendría problemas leves con el juego y el 3,5% estaría en el grupo de una probable patología.

Estos datos, aunque puedan resultar altos cuando observamos los aportados en otros estudios de nuestro país, vienen a coincidir con lo informado por algunos autores en el ámbito internacional (Shaffer, Hall, 1996; Shaffer, Hall, Bilt, 1997; Westphal, Rush, Stevens, Johnson, 2000). Así, Shaffer y Hall (1996) sobre un total de 19.000 sujetos, con los estudios realizados mediante un meta-análisis, en ocho estados de los Estados Unidos y cuatro provincias del Canadá, estimaron la prevalencia de los problemas de juego en el 14,8% y una prevalencia del juego patológico del 5,8%. Posteriormente, Shaffer, Hall y Bilt (1997) concretaron que el porcentaje que podían representar los niveles 2 y 3 del juego, vendrían a situarse entre el 2,3% y el 12,9% y con una media del 5,4%; y si sólo se consideraba el nivel 3 (probable patología) los porcentajes se moverían entre el 0,1% y el 3,1%, con una media del 1,5%.

Por otra parte, cuando comparamos nuestros datos con los recogidos en entornos más próximos (Legarda, Babio, Abreu, 1992, Irurita, 1996, Tejeiro, 1998) se observan que para la combinación de ambas categorías de problemas con el juego tendríamos a un 6,9% de los sujetos muestreados en la ciudad de Sevilla, a un 5,7% de los sujetos en la ciudad de Algeciras y a un 6,2% en el conjunto de la comunidad de Andalucía. Estos datos globales aumentan considerablemente en el trabajo de Irurita (1996) si revisamos la información de las dos categorías de problemas con el juego unificadas para las ciudades de Cádiz (11,52%), Málaga (8,33%) y Jaén (7,16%).

Esto nos hace pensar que nuestros datos aun siendo altos se mantendrían dentro de las franjas superiores de la información que se nos ha reportado en trabajos de nuestro entorno cultural más próximo y especialmente en nuestra comunidad autónoma; además

de encuadrarse dentro de los niveles informados a un nivel internacional para grupos específicos (Lesieur, Blume, 1991; Ladoucer, Mireault, 1988, Fisher, 1992, Fisher, 1993a, Westphal, Rush, Stevens, Johnson, 2000).

Realizando un breve repaso a los datos obtenidos vemos que los hombres presentan mayores problemas con el juego, en línea con los trabajos ya mencionados. Si hablamos del estado civil coincidimos con los del resto de autores (Becoña, 1993, Irurita, 1996; Tejeiro, 1998) en que los casados representan la mayoría de los jugadores patológicos. Por el contrario, no hemos detectado a viudos/as.

Si observamos la situación laboral, no reflejamos parados en el grupo de patología con el juego, pero hemos detectado entre éstos una mayoría de personas activas laboralmente, aunque en menor medida que en el trabajo de Irurita (1996). Destacaríamos las amas de casa que representarían al 29,4% de los casos. En cuanto al nivel de estudios, mantenemos la línea de otros trabajos que reconocen a los jugadores patológicos como agrupados principalmente en los niveles inferiores de la enseñanza.

En cuanto al motivo alegado se acentúa el distanciamiento entre los jugadores con problemas leves y aquellos con una probable patología si se refieren a motivaciones intrínsecas (por sensaciones, olvidar problemas, no puedo dejar de jugar). Si revisamos los tipos de juego entre el grupo con más problemas, vemos que es el bingo el más practicado, seguido de las máquinas tragaperras y las cartas.

El 17,6% de los sujetos con patología se han visto obligados a robar y el 11,8% supera los 18 puntos en el BDI, llegando al 23,5% que tendría pensamientos de suicidio, deseos o lo intentarían si tuvieran la oportunidad. Por último, indicar que el 29,4% de los jugadores patológicos pudieran presentar algún grado de alcoholismo. Datos estos sobre el consumo de alcohol similares a los reportados por Rodríguez-Martos (1987) o Irurita (1996).

A la vista de los resultados encontrados pensamos en la necesaria atención que deben recibir problemas como el que tratamos en municipios pequeños o medianos, donde, por sus peculiares características, la oferta de juegos es amplia. Así mismo veríamos conveniente el diseño de protocolos de actuación dirigidos a grupos específicos, que permita una asistencia global y generalizada a toda la población, en la medida en que ésta se sienta identificada con el recurso y mantenga un acceso directo y cercano.

Un problema como el juego patológico, donde la incidencia en la

adolescencia es relevante, ha de entenderse en un proceso temporal, que actualmente es creciente. Sólo así se podrá comprender la importancia de las medidas dirigidas a objetivos de prevención primaria; teniendo como lugar de referencia el centro escolar. Por todo ello se hace necesario unos procesos de evaluación que permitan conocer la evolución temporal del fenómeno, la eficacia y eficiencia de las medidas adoptadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Allcock, C.C. (1986). Pathological Gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 20,259-265.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.). Washintong DC.APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.R). Washintong DC.APA.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (IV). Washintong DC.APA.
- Arbinaga, F. (1996): El juego patológico en estudiantes menores de 18 años: incidencia, uso de drogas y variables asociadas *Adicciones*. 8,3,331-348.
- Beck, A.T.; Rush, A.J; Shaw, B.F. y Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y. Guilford Press.
- Becoña, E. (1991). *The prevalence of pathological gambling in Galicia* (Spain). Paper presented at the Meeting of the Society for the Study of Gambling. Londres.
- Becoña, E. (1993): *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidades da Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1993a). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*. 9,353-369.
- Becoña, E. (1999): *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Fundación Universidad Empresa UNED.
- Becoña, E. y Gestal, C. (1996): El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. *Psicothema*. 8, 13-23.
- Becoña, E. y Fuentes, MJ. (1995): El juego patológico evaluado con el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones*. 7, 423-440.
- Becoña, E; Lorenzo, MC. y Fuentes, MJ. (1996): Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.

- Brown, RIF.** (1993): El papel de la activación, distorsiones cognitivas y búsqueda de sensaciones en las adicciones al juego. *Psicología Conductual*. 1 375-388.
- Cadore R.J.; Yates WR; Trpoughton E; Woodworth G. y Stewart, MA.** (1995): Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archive General of Psychiatry* 52, 1, 42-52.
- Cayuela, R.** (1990). *Characteristics and Situation of Gambling Addiction in Spain: Epidemiological and Clinical Aspects*. Eight International Conference on Risk and Gambling. Londres.
- Castro J.** (1999): Estudio de la proporción de jugadores patológicos en un grupo de menores, mediante el South Oaks Gambling Screen. El problema de los falsos positivos. *Psicología.com Online* 3, 1 <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1>.
- Comisión Nacional del Juego** (1986). *Libro Blanco del Juego*. Madrid. Ministerio del Interior.
- Connors, X.** (1983); *Report of the inquiry into a casino for Victoria*. Melbourne: Victorian Government Printer.
- Cornish, DB.** (1978): *Gambling: A review of the literature and its implication for policy and research*. London HMSO.
- Crockford DN. y el-Guebaly N,** (1998): Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 43,43-50.
- Culleton, R.P.** (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *Journal of Gambling Behavior*. 5,22-41.
- Dickerson MG.** (1984): *Compulsive Gamblers*. London Longman.
- Dickerson, MG.** (1985): The characteristics of the compulsive gambler; a rejection of a typology. En G. Cadwell, MG Dickerson, B Haig, L Sylvian (eds): *Gambling in Australia*. Sydney: Croom Helm.
- Dickerson, M.G.** (1993). Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual*. 1,3,339-349.
- Dickerson, M.G. y Hinchy, J.** (1988). The prevalence of pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Studies*. 4,135-141.
- Dixon, D.** (1996): Illegal betting in Britain and Australia: Contrasts in control strategies and cultures. In McMillen J: (ed): *Gambling cultures; Studies in history and interpretation* pp. 86-100. London Routledge.
- Echeburúa, E.** (1992): Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*. 4,7-20.
- Echeburúa, E.** (1994). *Evaluación y Tratamiento de los Trastornos Adictivos*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E; Báez, C; Fernández-Montalvo, J. y Páez D.** (1994): Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación espa-

- ñola. *Análisis y Modificación de Conducta*. 20, 74, 769-793.
- Fernández-Montalvo, J.F.; Echeburúa, E. y Báez, C.** (1999): Variables de inteligencia y de personalidad en los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo. *Psicología Conductual*. 7,3,349-360.
- Feuerlein, W.** (1976): Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA): eine empirische analyse. *Arch. Psychiatr.Nervenkr.* 222: 139-152.
- Feuerlein, W.** (1977): Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismus-test (MALT). *Med.Wschr.* 119. 1275-1282.
- Fisher, S.E.** (1992). Measuring pathological gambling in children: the case of fruit machines in the U.K. *Journal of Gambling Studies*. 8,263-285.
- Fisher, S.E.** (1993a): El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y juego patológico en adolescentes. El caso del Reino Unido. *Psicología Conductual*. 1, 351-359.
- Frey, J.H. y Eadington, W.R.** (1984). Gambling: Views from the social sciences. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 474 (S.I)
- Gallup,** (1976). *Gambling in Britain*. Londres.HMSO.Social Surveys (Gallup Pool)
- García, J.L., Díaz, C. y Aranda, J.A.** (1993).Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*. 9,1,83-92.
- Instituto Nacional de Estadística** (1996): *Censo Poblacional del año 1.996*.
- Irurita, I.** (1996). *Estudio Sobre la Prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía*. Junta de Andalucía-FAJER Sevilla
- Kendall, P.C; Hollon, S.D; Beck, A.T.; Hammen, C.L. y Ingram, R.E.** (1987): Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Ladoucer, R.** (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec, Canadá. *Canadian Journal of Psychology*. 36,732-734.
- Ladoucer, R. y Mireault, C.** (1988).Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*. 4,3-12.
- Ladoucer, R. y Walker, M.** (1998): Aproximación cognitiva para la comprensión y tratamiento del juego patológico. *Revista de Psicología Contemporánea* 5 (1). Pp 56-71
- 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.** (1985).*The Chase. Career of the Compulsive Gambler*. Cambridge, MA.Schenkman Books.
- 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.** (1991).Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *British Journal of Addictions*, 86,1017-1028.
- Linde, R.D., Pope, H.G. y Jonas, J.M.** (1986).Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*. 47,201-206.
- Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A.** (1986).Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2,40-49.
- Meyer, G.** (1986).Addiction to gambling. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie* 34,140-156.
- McCormick, R.A.** (1993): Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behavior*. 18,331-336.
- McCormick, R.A. y Taber, JI.** (1988): Attributional style in pathological gamblers in treatment. *Journal of Abnormal Psychology* 97, 368-370.
- McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramírez, L.F. y Taber, J.L.** (1984).Affective disorders among pathological gamblers in treatment. *American Journal of Psychiatry*.141,215-218.
- McMillen, J.** (1996): *Gambling Cultures*. London Routledge.
- National Opinion Research Center** (1999): *Overview of the National Survey and Community Database Research on Gambling Behavior*. Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago IL
- National Research Council** (1999): *Pathological Gambling: A critical review*. Washington.
- Ochoa, E. y Labrador, F.** (1994). *El Juego Patológico*. Plaza & Janes.
- Orford, J.** (1985): *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. Chichester. NY.Wiley
- Phillips, D; Welty, W. y Smith, M.** (1997): Elevated suicide levels associated with legalized gambling. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. December 15.
- Ramírez, L.F., McCormick, R.A., Russo, A.M. y Taber, J.L.**(1983).Patterns of Substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behavior*. 8,425-428.
- Rodríguez Martos, A.** (1986): El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios *Fons Informatiu*. 2 julio 1986.
- Rodríguez Martos, A.**(1987).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
- Rosenthal, R.J. y Lesieur, H.R.** (1992): Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal of Addiction* 1, 150-154.
- Roy, A; Ardinoff, B; Roehrich, L; Lamparski, D., Custer, R. y Lorenz, V.** (1988): Pathological gambling: a psychobiological study. *Archives General of Psychiatry* 38,108-112.
- Roy, A., Custer, R. Lorenz, V. y Linnoila, M.** (1988). Depressive pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 80,37-39.
- Saiz, J. y Ibañez, A.** (1999): Etiopatogenia neuroquímica de la ludopatía. *Psiquiatría.com* (revista electrónica) Marzo. 3 (1). http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/vol3num1/art_7.htm.
- Sanz, J.** (1994): The spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*. 10, 2, 129-135.
- Sanz, J. y Vázquez, C.** (1998): Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema* 10 2 303-318.
- Serna, S.** (1996): Punta Umbría. *Huelva y sus Pueblos*. 63.1005-1018. Huelva Información
- Shaffer, HJ. y Hall, MN.**(1996): Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: a quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*.12, 193-214.
- Shaffer, HJ; Hall, MN. y Vander Bilt J.** (1997): *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United State and Canada: A meta-analysis*. Harvard Medical School Division on Addiction. December.10, 1997.
- Solonsch, M.** (1989): *The conceptualisation and evaluation of the concept of skill in gambling*, Unpublished Honours Thesis, Australian National University, Camberra.
- Tagliacarne, G.** (1962): *Técnicas y práctica de las investigaciones de mercado*. Barcelona, Artiel.
- Tejeiro, R.** (1996): *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras: Prevalencia y características socio-demográficas*. Ayuntamiento de Algeciras.
- Tejeiro, R.** (1998): El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias*. 23,1,53-74.
- Vázquez, C. y Sanz, J.** (1991): Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.
- Vázquez, C. y Sanz, J.** (1997): Fiabilidad y valores normativos de la versión

española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 3, 403-422.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1999): Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 1 59-81.

Villa, A Becoña, E. y Vázquez, FL. (1997): Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón *Adicciones*. 9,195-208

Volberg, R.A. (1990). *Estimating the Prevalence of Pathological Gambling in the United State*. Eight International Conference on Risk and Gambling, agosto.

Volberg, R. (1993): Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. En WR Eadington, JA Corelius (eds): *Gambling behavior and problem gambling*. Reno NE. Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.

Volberg, R.A. y Steadman, H.J. (1988).Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*.145,502-505.

Westphal, J.R.; Rusñ, J.A; Stevens, L. y Johnson,L. (2000): Gambling behavior of Louisiana students in grades 6 through 12. *Psychiatric Services*. 51, 1, 96-99. January

Wray, I. y Dickerson, M. (1981): Cessation of high frequency gambling and withdrawal symptoms. *British Journal of Addictions*, 76, 401-405.

Zuckerman, M. (1979): *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale NJ Lawrence Erlbaum.