

El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas

Ricardo Tejeiro Salguero

Licenciado en Psicología. Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar (JARCA). Algeciras, Cádiz (España)

Estudio subvencionado por la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía y la Delegación de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Algeciras.

Resumen: El presente trabajo consiste en un estudio sobre la prevalencia del juego de azar en Algeciras, población de tamaño medio del sur de Andalucía (España). Tras justificar la relevancia de este tipo de investigaciones y formular las hipótesis de trabajo, se expone la metodología del estudio, basada en una encuesta con un instrumento obtenido a partir del South Oaks Gambling Screen (SOGS). Se muestran los resultados obtenidos sobre una muestra de 419 encuestados, mayores de edad, y se analiza su patrón de juego en relación con las variables de sexo, edad, estado civil, estudios, estatus económico, consumo de alcohol, consumo de tabaco, y tipos de juegos practicados. Los resultados son discutidos en referencia a trabajos anteriores en España y especialmente al trabajo de Irurita (1994) en la Comunidad Autónoma en la que se ubica nuestra población.

Palabras clave: Juego patológico. Prevalencia. Adicciones.

CORRESPONDENCIA A:

Ricardo Tejeiro
JARCA. Edif. parque de Bomberos, 1.ª planta
11200 Algeciras, Cádiz (España)
Tel/Fax +34 56 57 08 41.
e-mail:rtejeiro@correo.cop.es

Summary: *The present job is a study about the prevalence of pathological gambling in Algeciras, middle size city in the South of Andalusia (Spain). After justifying the relevance of this type of studies and setting up the work hypotheses, the methodology of the study is explained. This is based on a survey with an instrument developed from the South Oaks Gambling Screen (SOGS). The results were obtained from a sample of 419 persons of 18 or more years old. Their gambling pattern is analysed in relation to the variables of sex, age, marital status, level of studies, economical status, consumption of alcohol, consumption of tobacco, and types of games. The results are discussed in reference to previous works in Spain, and in particular to the study of Irurita (1994) in the Autonomous Community including our population.*

Key words: *Pathological gambling. Prevalence. Addictions.*

Résumé: *Le présent travail consiste en une étude sur la prévalence des jeux de hasard à Algeciras (Espagne). Une fois justifiée la relevance de ce type d'études et formulées les hypothèses de travail, on procède à l'exposition de la méthodologie basée sur une enquête avec un instrument obtenu à partir du South Oaks Gambling Screen (SOGS). On montre les résultats obtenus sur un échantillon de 419 enquêtés majeurs et on analyse son patron de jeu en relation avec les variables de sexe, âge, état civil, études, status économique, consommation d'alcool, consommation de tabac, et types de jeux pratiqués. Les résultats sont discutés en référence à des travaux effectués antérieurement en Espagne et spécialement à celui d'Irurita (1994) dans la Communauté Autonome dans laquelle se situe notre ville.*

Mots clé: *Jeu pathologique. Prévalence. Adictions.*

1. Introducción

1.1. Objetivos, justificación e hipótesis

En los últimos años estamos asistiendo a un creciente interés entre los profesionales por el problema del juego patológico. Sin duda, este interés no sólo obedece una toma de conciencia espontánea, sino que refleja el fuerte crecimiento que este problema está teniendo en nuestras sociedades. En este sentido, y aunque las carencias metodológicas de los primeros estudios impiden cuantificar el incremento, basta comparar el 1-2% de prevalencia del juego patológico en la población general (Volberg, 1990; Ladouceur, 1991; Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1992; Irurita, 1994) con el 5,5% de prevalencia entre los menores de

edad (Lesieur, Cross, Frank, Welch, White, Rubenstein, Moseley y Mark, 1991).

Sin embargo, esta toma de conciencia no tiene su equivalente ni en la sociedad, que está reaccionando de manera lenta y poco enérgica, ni en las autoridades, que hasta la fecha apenas han promovido medidas de control del problema. Sin duda, este desinterés se debe en buena parte al desconocimiento de la magnitud real del juego patológico por parte de la población general. Hasta la fecha, los estudios que nos sirven de referencia han sido realizados en la Comunidad Autónoma de Galicia (Becoña, 1993), en la ciudad de Sevilla (Legarda, Babio y Abreu, 1992), y en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Irurita, 1994). Estos tres estudios deberían haber contri-

buido a la divulgación y a la concienciación acerca del problema, pero la realidad dista mucho de ser así. Es fácil comprender las resistencias de la sociedad a aceptar que, además de los problemas conocidos, existen otros que vienen a añadir más preocupaciones y riesgos, y es igualmente comprensible que resulte fácil escudarse en que “eso les pasa a los demás” para rehuir la responsabilidad que a cada uno le corresponde.

Por este motivo, en la asociación JARCA, integrada en la Federación Española de Jugadores en Rehabilitación (FAJER), nos ha parecido interesante llevar a cabo un estudio centrado específicamente en Algeciras. Entendemos que, además de aportar nuevos datos científicos al estudio del juego patológico (en especial los derivados de la comparación de nuestros resultados con los obtenidos por Irurita en la Comunidad Autónoma en la cual nos situamos), podemos contribuir de forma significativa a la toma de conciencia de nuestros conciudadanos.

El objetivo de este estudio es, pues, conocer la prevalencia del juego patológico en la ciudad de Algeciras y su relación con diversas variables sociodemográficas y de consumo de sustancias, así como la comparación de nuestros resultados con los de estudios previos semejantes.

Respecto a las hipótesis de trabajo, el elevado número de variables con que vamos a trabajar nos obliga a establecer un número de hipótesis igualmente elevado. Así, las hipótesis que proponemos son las siguientes: 1) encontraremos una prevalencia entre el 1,0% y el 2,0% de jugadores patológicos en Algeciras; 2) encontraremos el doble de jugadores patológicos varones que mujeres; 3) encontraremos el mayor porcentaje de jugadores patológicos en el grupo de edad comprendido entre los 18 y los 30 años; 4) encontraremos el mayor por-

centaje de jugadores patológicos entre los casados; 5) encontraremos un nivel medio de educación superior en los jugadores patológicos que en la población total; 6) encontraremos un nivel medio de ingresos entre los jugadores patológicos superior a la media de la población general; 7) encontraremos un mayor consumo de alcohol entre los jugadores patológicos que en la población general; 8) igualmente, encontraremos un mayor consumo de tabaco entre los jugadores patológicos que en la población general; y 9) encontraremos el mayor porcentaje de juego en máquinas tragaperras, seguido por el porcentaje de juego en cupones de la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE), y ambos seguidos a gran distancia por el resto de juegos.

1.2. Concepto de juego patológico

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), “la característica esencial del juego patológico es un comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional” (DSM-IV, APA, 1994/1995, p. 632). En la misma línea existen otras definiciones, como la de Custer y Milt (1985), en la que el juego patológico es definido como “una enfermedad adictiva en la que el sujeto es empujado por un abrumador e incontrolable impulso de jugar. El impulso persiste y progresa en intensidad y urgencia, consumiendo cada vez más tiempo, energía y recursos emocionales y materiales de que dispone el individuo. Finalmente, invade, socava y a menudo destruye todo lo que es significativo en la vida de la persona (p. 40).

Los criterios para el diagnóstico del juego patológico han sufrido importantes modificaciones en los últimos años. No siendo éste el lugar para exponer exhaustivamente esta evolución, los criterios establecidos por

la APA en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV; APA, 1994/1995) son los relacionados en la **Tabla 1**. Se requieren cinco síntomas para la emisión del diagnóstico de juego patológico.

1.3. Estudios de prevalencia

Un problema importante al que se enfrenta el estudio de la prevalencia del juego patológico en la población general es el de la comparación de resultados entre las diferentes investigaciones. Siendo este un campo en pleno desarrollo, las distintas variables distan mucho de estar bien definidas. Además, los índices varían en función de las características específicas de la zona en que se realiza el estudio, tales como el número de juegos legales (v.g., Sommers, 1988; Ladouceur, 1991) o la incidencia de la adicción al alcohol y a otras drogas (v.g.,

Dell, Ruzicka y Palisi, 1981; Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983; Rodríguez Martos, 1987, 1989).

Teniendo presente estas consideraciones, los estudios realizados hasta la fecha ofrecen unos índices de juego patológico en torno al 1,0 y 2,0% y de juego problema en torno al 2,5 y 4,0%.

2. Metodología

2.1. Definición de conceptos y variables

2.1.1. Tipos de jugadores

La definición del DSM-IV asume la distinción entre jugadores no patológicos (sociales y profesionales) y jugadores patológicos. Pensamos que esta clasificación es excesivamente simplista, puesto que entre el juego por placer (lúdico) y el juego pa-

1. Preocupación por el juego (p.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 en los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando intenta disminuir 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 cometen 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.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de F63.0 Juego patológico (312.31): DSM-IV (APA, 1994/1995, p.634)

tológico podemos encontrar toda una gama de tipos de jugadores diferentes, que conforman más un continuo que categorías diferenciadas. Por consiguiente, para nuestro trabajo hemos optado por seguir la clasificación establecida por Ochoa (1994), quien distingue los siguientes tipos de jugadores:

Jugador social: juega de forma ocasional o regular, por entretenimiento, satisfacción o en el marco de una interacción social por ocio o placer, pero tiene un control total sobre esa conducta. Siguiendo el criterio de puntuaciones del SOGS, consideramos jugador social al sujeto que obtiene una puntuación máxima de 1 en el cuestionario de nuestro estudio.

Jugador problema: lleva a cabo una conducta de juego frecuente o diaria, con un gasto habitual de dinero que en alguna ocasión le supone problemas, pero sin llegar a la gravedad del jugador patológico. Tiene menos control sobre sus impulsos que el jugador social, y presenta un alto riesgo de convertirse en jugador patológico. Consideramos jugador problema al sujeto que obtiene de 2 a 4 puntos en el cuestionario.

Jugador patológico: se caracteriza por una conducta de juego desadaptativa, persistente y recurrente, que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional (DSM-IV, APA 1994/1995). Consideramos jugador patológico al sujeto que obtiene 5 ó más puntos en el cuestionario.

No incluimos la última categoría indicada por Ochoa (1994), correspondiente al jugador profesional porque, como señala la misma autora, su número en nuestro país es muy reducido.

2.1.2. Tipos de juegos

En nuestro trabajo asumimos el planteamiento de que el juego consiste en un gru-

po heterogéneo de actividades (Dickerson, 1989). Nuestra clasificación de tipos de juegos se ha realizado atendiendo únicamente a su contenido intrínseco. No hemos querido fijar *a priori* otros criterios de clasificación (activo vs pasivo, continuo vs discontinuo, lícitos vs ilícitos, privados vs públicos, altamente adictivos vs poco adictivos, etc.), que en todo caso serán de utilidad a la hora de la discusión de los resultados. Por consiguiente, distinguimos los siguientes tipos de juegos: a) cupón de la ONCE; b) máquinas recreativas; c) loterías; d) quinielas o apuestas deportivas; e) *bonolotos*; f) cartas/dominó/dados; g) bingo; y h) juegos de casino.

Una descripción detallada de cada uno de estos juegos o grupos de juegos puede encontrarse en Irurita (1994). No obstante, es necesario introducir algunas puntualizaciones. Respecto a las máquinas recreativas, pueden distinguirse tres tipos: tipo A (máquinas de jugar la partida o *comecocos*), tipo B (máquinas tragaperras), y tipo C (similares a las de tipo B pero con un valor unitario de jugada mayor y premios mayores, sólo disponibles en los casinos). En este trabajo no diferenciaremos entre uno u otro tipo de máquinas, si bien ésta consideración puede ser importante en otros estudios, especialmente en los que se incluya a menores de edad. Por lo que respecta a las loterías, las disponibles en la población de estudio son la Lotería Nacional, la Lotería del Zodíaco, la Lotería Primitiva, la Bonoloto y el cupón de la ONCE, aunque consideraremos "loterías" únicamente a las dos primeras, reservando las demás para otros apartados. En las *bonolotos* incluimos también la Lotería Primitiva, dado que la principal diferencia entre ambas radica en los días de sorteo. Las cartas, el dominó y los dados se agrupan por tratarse de juegos que se practican en torno a una mesa o tablero, enfrentándose entre sí un número generalmente reducido de jugadores, y con diversos grados en lo que respecta a la par-

te que corresponde a la habilidad y a la suerte. Finalmente, los juegos de casino son muy diversos, y se definen por el lugar en que se llevan a cabo, no por sus características intrínsecas. Entre ellos se encuentran: ruleta francesa, ruleta americana, *bacarrá* y *ferrocarril*, *bacarrá a dos paños*, *treinta y cuarenta*, *veintiuno* o *black jack*, *punto y blanca*, dados, bola, etc. Otros tipos de juegos (concursos de la televisión, de radio, de prensa, etc.) no han sido clasificados en ninguno de los grupos antes definidos, aunque la encuesta permitía a los sujetos la inclusión de juegos diferentes de los citados.

Finalmente, y aunque ello no afecta a nuestros criterios diagnósticos ni a la tipología que utilizamos, hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones las apuestas son un elemento festivo y se limitan a un contexto temporal claramente definido. Además, la conducta de juego, aunque frecuente, puede consistir en realidad en una forma de relación social en la que las apuestas son mínimas o inexistentes (caso de los jubilados que se reúnen con frecuencia para jugar al dominó con legumbres). Para que este hecho no afectase a los resultados, además de señalar en el cuestionario que sólo debían indicarse los juegos practicados por dinero, los encuestadores recibieron instrucciones para destacar esta matización y para responder de forma uniforme a las posibles cuestiones que pudieran plantearse relativas a casos específicos.

2.2. Instrumento de medida

Las investigaciones sobre la prevalencia del juego patológico han utilizado diversos instrumentos, bien normalizados, como el *South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Lesieur y Blume, 1987), bien ex profeso, como los utilizados en España por Becoña (1991) o Irurita (1994). Dado que no tenemos conocimiento de la existencia de instrumentos normalizados de probada corre-

lación con los criterios diagnósticos del DSM-IV, y entendiendo que es importante el poder comparar nuestros resultados con los de otras investigaciones, optamos por el recurso al SOGS (Lesieur y Blume, 1987), instrumento que ha mostrado correlaciones elevadas con el diagnóstico mediante el DSM-III y el DSM-III-R (Lesieur y Rosenthal, 1991), y ha sido sometido a prueba en numerosas situaciones clínicas (Lesieur, 1993). Aunque ha recibido críticas por parte de diversos autores (ver Dickerson, 1993), el SOGS sigue siendo el instrumento más fiable, válido y barato del que se dispone actualmente para diagnosticar el juego patológico (Dickerson, 1993; Lesieur, 1993; Ochoa, 1994). Consta de 20 ítems, cuyo contenido se relaciona con las condiciones y conductas de juego, comportamiento financiero, emociones implicadas, etc. En este cuestionario, una puntuación de 2 a 4 es indicativa de juego problema, y a partir de 5 es indicativa de juego patológico.

Con todo, tuvimos que adaptarlo parcialmente para su aplicación a la población de estudio, y lo enmascaramos dentro de una supuesta encuesta sobre consumo. Nuestra versión modificada del SOGS contenía 20 ítems. De ellos, los ítems 5 a 17 correspondían a los elementos del SOGS, habiendo sido eliminados los ítems 2, 3, 16j y 16k, no puntuables, para no extendernos en demasía. Los ítems 1 y 19a hacían referencia a variables a analizar en relación con la conducta de juego (consumo de alcohol y tabaco), y los ítems 2, 3, 4, 19b y 20 eran distractores. La puntuación de cara al diagnóstico era la misma que en la versión original del SOGS. Haciéndonos eco de las sugerencias de Dickerson (1993), limitamos el periodo temporal de las preguntas a los seis meses previos a la aplicación del cuestionario.

Al final del cuestionario se incluyen preguntas acerca de la edad, sexo, estatus eco-

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
18/30 años	11.951	11.390	23.341	(30.9%)
31/45 años	10.746	11.001	21.747	(28.8%)
46/56 años	5.843	5.908	11.751	(15.6%)
> 56 años	8.159	10.531	18.690	(24.7%)
total	36.699	38.830	75.529	

Tabla 2.: Distribución de la población por sexos y grupos de edad
(Fuente: Padrón Municipal de Algeciras, 1995)

nómico, nivel de estudios y estado civil de los sujetos.

El estatus económico se evalúa a partir del nivel de ingresos familiares. En función del coste de la vida y de la situación socioeconómica de la zona establecimos cinco categorías: estatus económico bajo (sujetos con menos de 80.000 pesetas de ingresos brutos familiares), medio-bajo (entre 80.000 y 150.000), medio (entre 150.000 y 250.000), medio-alto (entre 250.000 y 400.000) y alto (más de 400.000).

El nivel de estudios ha sido clasificado en sin estudios, primarios, secundarios y universitarios. El cambiante panorama de la enseñanza en nuestro país en las últimas décadas nos obliga a considerar estas categorías en sentido amplio, incluyendo en el epígrafe de primarios a todas las personas que han recibido enseñanzas básicas en la escuela durante varios años; en el de secundarios a todos los que han cursado bachillerato, formación profesional, o cursos de capacitación profesional posteriores a la escolarización obligatoria; y en el de universitarios tanto los estudios universitarios superiores como los de ciclo corto.

El estado civil ha sido clasificado en soltero, casado, viudo y separado/divorciado. Dentro de la categoría de casado se incluyen las parejas estables, independientemente

de del estatus legal y del sexo de sus miembros.

La versión final del cuestionario, tal y como fue aplicada, es la que se muestra en el **Anexo 1**.

2.3. Población y muestra

La población de estudio la constituyen los habitantes de la ciudad de Algeciras de 18 o más años de edad, cuantificada en 75.529 personas por el Padrón Municipal de 1995. La distribución por sexos y grupos de edad es la recogida en la **Tabla 2**.

La muestra estuvo formada por 419 personas, siendo el error muestral de $\pm 0,11$ puntos para un intervalo de confianza del 95%. La distribución de la muestra por sexos y edades fue la expuesta en la **Tabla 3**.

2.4. Muestreo

El sistema de extracción utilizado fue el muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional, siendo los estratos la edad y el sexo. Los sujetos fueron seleccionados de forma aleatoria en sus domicilios, utilizando un sistema de rutas aleatorias prefijadas. Una vez seleccionada la vivienda, se elegía a la persona a entrevistar por estratificación de edad y sexo, usando tablas obtenidas aleatoriamente por sorteo

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
18/30 años	69	55	124	(29.6%)
31/45 años	54	61	115	(27.4%)
46/56 años	25	45	70	(16.7%)
> 56 años	58	52	110	(26.2%)
total	206	213	419	

Tabla 3. Distribución de la muestra por sexos y grupos de edad

según las características de la ciudad en estas variables.

2.5. Procedimiento

La información fue recogida entre el 25 de abril y el 16 de junio de 1996. Previamente, el coordinador del estudio impartió instrucciones a los encuestadores a fin de unificar procedimientos y criterios. Se les proporcionaron datos acerca de la naturaleza y características del juego patológico y se practicó la secuencia completa de la encuesta.

Las encuestas fueron realizadas entre las 19 y las 22 horas, a fin de localizar en sus domicilios a la mayor parte posible de los sujetos. El encuestador se situaba en la calle que le correspondía y procedía a localizar la vivienda en la que realizar la encuesta, siguiendo el procedimiento citado. Hecho esto, se presentaba como estudiante (los encuestadores eran dos psicólogos y un estudiante de último curso de Psicología, todos ellos jóvenes, e iban provistos de acreditación como estudiante universitario) y explicaba que se encontraba realizando un trabajo sobre hábitos de consumo, para a continuación requerir la cumplimentación del cuestionario por parte de la persona que correspondía según la tabla de estratificación por edad y sexo.

La cumplimentación de la encuesta requirió desde un mínimo de cinco minutos has-

ta un máximo de treinta. Se realizaron un total de 507 contactos, de los que 88 fueron vanos, lo que arroja una tasa de no respuesta del 17,35%. Pensamos que esta tasa es suficiente garantía de representatividad, al menos cuando se compara con tasas mucho mayores encontradas en otros estudios (Legarda, 1992). Sin duda, el encubrir el objetivo real de la encuesta y el realizar la presentación en calidad de estudiantes contribuyeron a evitar una tasa mucho mayor de no respuesta.

2.6. Análisis de los datos

El análisis de los resultados realizó con un ordenador personal utilizando como *software Microsoft Access 2.0*.

3. Resultados

3.1. Porcentajes de las diferentes categorías de jugadores

Los resultados obtenidos, en cuanto a prevalencia promedio para la población de Algeciras, son los siguientes: 94,27% de no jugadores y jugadores sociales, 3,82% de jugadores problema, y 1,91% de jugadores patológicos. Aplicando estos porcentajes a la población del estudio, el número estimado de jugadores problema en Algeciras es de 2.885, y el número estimado de jugadores patológicos es de 1.443.

	HOMBRES	MUJERES
Total	49.2	50.8
NJ y JS	48.1	51.9
J. Problema	62.5	37.5
J. Patológicos	75.0	25.0

Tabla 4. Relación entre sexo y tipos de jugadores (los datos se expresan en porcentajes)

3.2. Datos sociodemográficos en relación con el tipo de jugadores

Sexo: Como se expone en la **Tabla 4**, encontramos que la relación entre hombres y mujeres aumenta a medida que lo hace la gravedad del problema de juego, llegando a una relación de 3: 1 en el caso de los jugadores patológicos.

Edad: La distribución por edades se muestra en la **Tabla 5**. Encontramos una mayor incidencia del juego en el grupo de edad entre 18 y 30 años, manifestada en un incremento en el porcentaje tanto de jugadores problema como de jugadores patológicos (37,5% y 37,5% respectivamente, respecto al 29,6% de este grupo de edad en la población general). La incidencia decrece a medida que aumenta la edad, siempre con respecto a los porcentajes de cada grupo dentro de la población general, volviendo

a aumentar a partir de los 57 años.

Estado Civil: La relación encontrada entre estado civil y juego es la expuesta en la **Tabla 6**. Encontramos que, si bien el porcentaje de juego problema entre los casados es superior que entre los solteros, la comparación de estos datos con los porcentajes de solteros y casados en la población general señala una mayor relevancia de juego problema entre los primeros que entre los segundos. En el apartado de juego patológico ésta relación se invierte, siendo mucho mayor el porcentaje de casados.

Estudios: La **Tabla 7** recoge la relación observada entre nivel de estudios y tipos de jugadores. Los resultados obtenidos muestran que el nivel medio de estudios aumenta a medida que lo hace la gravedad del juego. Así, en tanto que en la población general predomina el grupo “sin estudios”, entre los jugadores problema lo hace el grupo “estudios primarios”, y entre los jugadores patológicos el grupo “estudios secundarios”.

Estatus económico: El estatus económico de los sujetos encuestados en relación con la incidencia del problema de juego, se expone en la **Tabla 8**. Los jugadores problema y los jugadores patológicos presentan un nivel adquisitivo superior al de la media. Así, aunque el grupo predominante entre los jugadores problema sigue siendo el de estatus bajo, su importancia relativa con respecto a los otros grupos económi-

	18-30	31-45	46-56	>56
Total	29.6	27.4	16.7	26.2
NJ-JS	39.1	27.6	16.7	26.6
J. Problema	37.5	25.0	18.8	18.8
J. Patológicos	37.5	25.0	12.5	25.0

Tabla 5. Relación entre grupos de edad y tipos de jugadores (los datos se expresan en porcentajes)

El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas

	Solteros	Casados	Viudos	Sep. / Div.
Total	27.4	63.0	7.6	1.9
NJ-JS	26.8	63.3	7.8	2.0
J. Problema	43.7	50.0	6.3	0.0
J. Patológicos	25.0	75.0	0.0	0.0

Tabla 6. Relación entre estado civil y tipos de jugadores (los datos se expresan en porcentajes),

	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios
Total	34.8	33.2	23.6	8.4
NJ-JS	35.4	32.9	23.0	8.6
J. Problema	31.2	37.5	25.0	6.3
J. Patológicos	12.5	37.5	50.0	0.0

Tabla 7. Relación entre nivel de estudios y tipos de jugadores (los datos se expresan en porcentajes).

	MEDIO BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO
Total	56.1	29.8	12.6	1.2	0.2
NJ-JS	56.7	30.1	11.9	1.0	0.3
J. Problema	50.0	25.0	18.7	6.3	0.0
J. Patológicos	37.5	25.0	37.5	0.0	0.0

Tabla 8. Relación entre estatus económico y tipos de jugadores (datos expresados en porcentajes).

cos es menor que en la población total, produciéndose los principales incrementos en los grupos de renta media y media/alta. Por lo que respecta a los jugadores patológicos, el porcentaje de ingresos bajos y medio-bajos disminuye con respecto a la población general, incrementándose considerablemente el porcentaje del grupo de renta media.

Consumo de alcohol: Nuestros datos muestran que, a medida que aumenta la gravedad del problema de juego, no sólo se

incrementa el porcentaje de personas que consumen alcohol, sino que la frecuencia de consumo de alcohol también crece. Así, a medida que aumenta la gravedad del problema de juego, disminuye el peso específico de los “bebedores de fin de semana” y aumenta el de bebedores “varias veces por semana” y “diariamente”. Los porcentajes son los recogidos en la **Tabla 9**.

Consumo de tabaco: Encontramos un aumento del consumo de tabaco a medida que aumenta la gravedad del problema. Así, el

porcentaje de no fumadores disminuye en 13,9 puntos entre los no jugadores/jugadores sociales y los jugadores problema, y en nada menos que 31,3 puntos entre éstos y los jugadores patológicos. En correspondencia, encontramos incrementos en los porcentajes de todos los grupos de consumo a medida que aumenta la gravedad del problema, como refleja la **Tabla 10**.

3.3. Tipos de jugadores y preferencias de juego

3.3.1. Preferencias de juego de los jugadores problema/jugadores patológicos

En este apartado se exponen de forma conjunta los datos referentes a las preferencias de juego de los jugadores patológicos y los jugadores problema, y ello por dos motivos. En primer lugar, el reducido número de sujetos encontrados en la categoría de

jugadores patológicos (n = 8) no permite un estudio suficientemente generalizable, pudiendo resultar datos anecdóticos más que estadísticos. El segundo motivo es la proximidad conceptual y de características entre ambos grupos, que obliga a su categorización forzada al objeto de su estudio pero que difícilmente permite afirmar que constituyan grupos claramente delimitados, como demuestra el diferente tratamiento que reciben en los diversos estudios.

La **Tabla 11** resume los datos referentes a las preferencias de juego de los jugadores problema / patológicos. El mayor porcentaje de juego corresponde a los cupones, seguidos a distancia por loterías, tragaperras, Bonoloto y quinielas. Destaca el hecho de que ninguno de los encuestados diagnosticados como jugadores patológicos o problema afirmó jugar a juegos de casino.

	Nunca o en ocasiones	Fines de semana y festivos	Varias veces a la semana	Diariamente
Total	51.8	31.0	7.4	9.8
NJ-JS	52.7	31.6	6.6	9.1
J. Problema	50.0	25.0	12.5	12.5
J. Patológicos	12.5	12.5	37.5	37.5

Tabla 9. Relación entre consumo de alcohol y tipos de jugadores (porcentajes)

	No Fuma	<10	10-20	20-40	>40
Total	56.3	31.5	8.8	2.9	0.5
NJ-JS	57.7	31.4	8.4	2.5	0.0
J. Problema	43.8	31.2	12.5	6.2	6.2
J. Patológicos	12.5	37.5	25.0	12.5	12.5

Tabla 10. Relación entre consumo de tabaco y tipos de jugadores (porcentajes)

Cupones	70.8
Loterías	45.8
Tragaperras	41.7
Bonoloto	41.7
Quinielas	37.5
Cartas/dados/dominó	33.3
Bingo	29.2
Casino	0.0

Tabla 11. Tipos de juegos practicados por los jugadores problema/patológicos (Los datos se expresan en porcentajes).

El desglose por sexos de las preferencias de juego de los jugadores problema / patológicos es mostrado en la **Tabla 12**. Tanto en hombres como en mujeres el juego predominante es el de los cupones, cobrando especial relevancia entre las mujeres jugadoras. Las preferencias entre los diferentes tipos de juegos aparecen más repartidas en los hombres, sin grandes distancias entre el segundo y el sexto en orden de porcentaje. Entre las mujeres, por contra, destacan junto a los cupones, las loterías y el bingo, estando a gran distancia todos los demás juegos. Comparando ambos sexos por juegos, apreciamos “juegos masculinos” como tragaperras, Bonoloto, quinielas y cartas/dados/dominó, y “juegos femeninos” como el bingo.

Por edades, obtenemos los resultados recogidos en la **Tabla 13**. Encontramos que los juegos más habituales en el grupo de 18 a 30 años son los cupones y la Bonoloto; en el grupo de 31 a 45 los cupones y las tragaperras; en el grupo de 46 a 56, las cartas/dados/dominó y los cupones; y en el grupo de más de 56 años, los cupones y las loterías.

	Hombres	Mujeres
Cupones	62.5	87.5
Loterías	43.7	50.0
Tragaperras	56.3	12.5
Bonoloto	50.0	25.0
Quinielas	50.0	12.5
Cartas/dados/dominó	43.7	12.5
Bingo	18.8	50.0
Casino	0.0	0.0

Tabla 12. Relación entre sexo y tipos de juegos entre los jugadores problema/patológicos. (los datos se expresan en porcentajes).

En lo que respecta al número simultáneo de juegos practicado por los jugadores problema/patológicos, nuestros resultados son los recogidos en la **Tabla 14**. La tendencia observada es a practicar dos o tres juegos diferentes (media= 2,87; DT= 1,05). Entre los hombres aparece como media una mayor variedad de juegos simultáneos, aunque con mayor dispersión (media= 3,06; DT= 1,15) en comparación con los datos obtenidos para las mujeres (media= 2,50; DT= 0,71).

La frecuencia con que los diferentes tipos de juegos aparecen combinados entre sí es la mostrada en la **Tabla 15**. Como se aprecia, no existe una correlación importante entre ninguno de los juegos, no superándose en ningún caso el 29,2%.

3.3.2. Preferencias de juego para el conjunto de la población

A continuación se ofrecen los resultados obtenidos para el conjunto de la población objeto de estudio, es decir, los habitantes de Algeciras mayores de edad. Los datos incluyen a todos los sujetos encuestados, esto es, no jugadores-jugadores sociales,

	18-30	31-45	46-56	>56
Cupones	55.6	66.7	50.0	100.0
Loterías	33.3	33.3	25.0	80.0
Tragaperras	44.4	50.0	0.0	60.0
Bonoloto	55.6	33.3	25.0	40.0
Quinielas	44.4	33.3	25.0	40.0
Cartas/...	22.2	33.3	50.0	40.0
Bingo	22.2	33.3	25.0	40.0
Casino	0.0	0.0	0.0	0.0

Tabla 13. Relación entre grupos de edad y tipos de juegos entre los jugadores problema/patológicos (los datos se expresan en porcentajes).

jugadores problema y jugadores patológicos.

A nivel general, las preferencias de juego son las recogidas en la **Tabla 16**. Los encuestados se han decantado claramente en favor de los cupones (37,9%), seguidos a distancia por las Bonolotos (19,1%), las loterías (11,9%) y las quinielas (11,9%). Ninguno de los encuestados afirmó jugar en los casinos, lo cual parece lógico si se tiene en cuenta que el único casino a menos de 50 kilómetros se encuentra situado en Gibraltar, y no es práctica común (ni cómoda) el cruzar la frontera con el fin de jugar.

En función del sexo, los porcentajes de práctica de cada tipo de juego entre la po-

blación general son los recogidos en la **Tabla 17**. Los porcentajes son similares en el caso de los cupones, y predominan los hombres en todos los demás juegos, a excepción del bingo, donde el porcentaje de mujeres es ligeramente mayor. El predominio de los hombres es muy importante en el caso de las quinielas, con 18,6 puntos de diferencia, y, aunque en menor medida, de la lotería (11,9 puntos de diferencia) y las Bonolotos (8,3 puntos de diferencia).

En relación con los grupos de edad, los resultados son los mostrados en la **Tabla 18**. En todos los grupos de edad predominan los cupones, con especial incidencia en los grupos entre 31 y 45 años, y entre 46 y 56 años. Hay pocas diferencias entre grupos de edad en lo que respecta a Bonoloto, bingo y tragaperras. En loterías vuelve a haber mayores porcentajes en los grupos de edad entre 46 y 56 y entre 31 y 45 años. Finalmente, destaca el 8,2% de personas mayores de 56 años que juegan a las cartas/dados/dominó, porcentaje muy superior al del resto de los grupos de edad.

En lo que respecta al número simultáneo de juegos practicados por el conjunto de la población, los resultados de nuestro estudio son los resumidos en la **Tabla 19**. Los datos muestran que en la población total la mayoría de las personas tienden a no jugar a ningún juego o hacerlo sólo a uno, decreciendo los porcentajes a medida que se incrementa el número simultáneo de juegos (media= 1,11; DT= 1,06). Entre los

	1	2	3	4	5	6	7	8
hombres	6.25	31.3	25.0	25.0	12.5	0.0	0.0	0.0
mujeres	12.5	50.0	62.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
total	8.3	37.5	37.5	16.7	8.3	0.0	0.0	0.0

Tabla 14. Relación entre sexo y número de juegos practicados simultáneamente por los jugadores problema/patológicos (los datos se expresan en porcentajes)

	Cu	Tr	Lo	Qu	Bo	Ca	Bi
Cu	-	25.0	25.0	25.0	20.8	29.2	12.5
Tr		-	20.8	20.8	12.5	16.7	8.3
Lo			-	12.5	8.3	12.5	16.7
Qu				-	12.5	16.7	8.3
Bo					-	8.3	8.3
Ca						-	0.0
Bi							-

Tabla 15. Práctica simultánea de los diversos juegos entre los jugadores problema / patológicos.

Cupones	37.9
Bonoloto	19.1
Lotería	11.9
Quinielas	11.9
Cartas/dados/dominó	4.8
Bingo	4.3
Tragaperras	4.1
Casino	0.0

Tabla 16. Porcentajes de práctica de los distintos tipos de juegos entre la población.

	Hombres	Mujeres
Cupones	37.4	38.5
Bonoloto	23.3	15.0
Lotería	18.0	6.1
Quinielas	21.4	2.8
Cartas/dados/dominó	6.8	2.8
Bingo	3.9	4.7
Tragaperras	6.8	1.4
Casino	0.0	0.0

Tabla 17. Relación entre sexo y tipos de juegos en la población (datos en porcentajes).

hombres predominan los que practican un sólo juego (33,0%), seguidos por los que practican dos o ninguno (media= 1,40; DT= 1,14). Entre las mujeres la preferencia es a no jugar ningún juego (44,1%) o sólo uno (37,1%). Tanto la media como la desviación típica de las mujeres son inferiores a las de los hombres (media= 0,81; DT= 0,87).

Excluyendo el grupo de no jugadores, encontramos que la media de juegos que practica la población jugadora es de 1,68 (DT= 0,88), estando en 1,86 en el caso de los hombres (DT= 0,93) y en 1,45 en las mujeres (DT= 0,64). Estos porcentajes son inferiores a los mostrados por los jugadores problema/patológicos, tanto de forma global como por sexos, resultando que los jugadores problema/patológicos juegan a un número mayor de juegos que el total de la población jugadora.

4. Discusión

4.1. Porcentaje de las diferentes categorías de jugadores

Nuestros datos son semejantes a los obtenidos por Becoña (1991) en Galicia (1,73% de jugadores patológicos y 2,63% entre ju-

	18-30	31-45	46-56	>56
Cupones	28.2	44.3	48.6	35.5
Bonoloto	18.5	19.1	22.9	17.3
Lotería	8.1	15.7	18.6	8.2
Quinielas	16.9	10.4	12.9	7.3
Cartas/...	4.8	2.6	2.9	8.2
Bingo	3.2	5.2	4.3	4.5
Tragaperras	4.8	4.3	2.9	3.6
Casino	0.0	0.0	0.0	0.0

Tabla 18. Relación entre grupos de edad y tipos de juegos en la población (los datos se expresan en porcentajes).

gadores problema y jugadores sociales excesivos), Legarda et al. (1992) en Sevilla (1,67% de jugadores patológicos y un 5,18% de jugadores problema) e Irurita en Andalucía (1,7% de jugadores patológicos y 3,3% de jugadores problema). Este último autor encontraba para la provincia de Cádiz (de la que Algeciras es la tercera ciudad en importancia), un 2,1% de jugadores patológicos y un 4,3% de jugadores adictos. Nuestros datos son algo inferiores a éstos, aunque coinciden en mostrar un ligero incremento con respecto a la media de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Hay que señalar, con todo, que ninguna de las 625 entrevistas con que Irurita estudiaba el juego en la provincia de Cádiz se realizó en la ciudad de Algeciras. Además, ambos estudios difieren en el instrumento

diagnóstico utilizado, dado que Irurita utiliza un cuestionario elaborado exprofeso, en tanto que nosotros utilizamos una versión modificada del SOGS.

4.2. Datos sociodemográficos en relación con el tipo de jugadores

Sexo: Nuestra relación de 3:1 entre hombres y mujeres jugadores patológicos es algo mayor que la encontrada en otros estudios, donde aparece sistemáticamente una relación 2:1 (Ladouceur, 1991; Sommers, 1988; Volberg, 1990; Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1992). Sin embargo, dista mucho de la relación 9:1 encontrada por Irurita (1994). Este autor explicaba la diferencia entre sus hallazgos y los anteriores en base a la hipótesis de que la relación hombres/mujeres jugadores patológicos es mayor en el medio rural que en las ciudades. Nuestros datos no parecen apoyar esta sugerencia, puesto que en Algeciras predominan los sectores económicos industrial y de servicios.

Edad: La preponderancia del grupo de edad entre 18 y 30 años es consistente con lo informado por otros estudios (Ladouceur, 1991; Volberg, 1990; Sommers, 1988; Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1992). Con todo, encontramos dos diferencias con los resultados de Irurita (1994). En primer lugar, este autor encuentra el mayor porcentaje de jugadores problema dentro del grupo de edad 31-45 años, seguido a corta distancia por el grupo 18-30 años. En nuestro caso ambos grupos de edad son

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
hombres	24.3	33.0	25.2	12.6	2.9	1.0	0.0	0.0	0.0
mujeres	44.1	37.1	13.1	5.2	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
total	34.4	35.1	19.1	8.8	1.7	0.5	0.0	0.0	0.0

Tabla 19. Relación entre sexo y número de juegos practicados simultáneamente por la población.

igualmente los predominantes, si bien la tendencia es inversa y con mayor diferencia entre ambos. La segunda diferencia radica en el elevado porcentaje de jugadores patológicos encontrado por Irurita en el grupo entre 46 y 56 años (26,4%), que sitúa a este grupo en segundo lugar en cuanto a porcentaje de jugadores patológicos. Por contra, en nuestro estudio encontramos tan sólo un 12,5%, situándose este grupo a la cola de los grupos de edad en porcentaje de jugadores patológicos.

Estado Civil: Nuestros resultados difieren de otros que encuentran una mayor incidencia de juego problema entre los casados y de juego patológico entre los solteros (Sommers, 1988). No obstante, nuestros datos son semejantes a los obtenidos por Becoña (1991) y Legarda et al. (1992) en España. Respecto al estudio de Irurita (1994), las diferencias se centran en el grupo de jugadores patológicos, pues aunque este autor encuentra igualmente un mayor porcentaje de casados que de solteros, la diferencia porcentual entre ambos grupos en su estudio (7,1 puntos) es mucho menor que la encontrada por nosotros (50,0 puntos).

Nivel de estudios: Nuestros datos concuerdan con otros estudios donde se informa de que los jugadores patológicos tienen un nivel de educación equivalente al promedio de la población o incluso mayor (González, Mercadé, Aymamí y Pastor, 1990; Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1992; Irurita, 1994).

Estatus económico: También en esta ocasión nuestros resultados son semejantes a los obtenidos por otros estudios (Libro Blanco de la Comisión Nacional del Juego, 1986; Becoña, 1993; Legarda, Babio y Abreu, 1992, Irurita, 1994).

Consumo de alcohol: Nuestros datos concuerdan con los de todos los estudios pre-

vios, que ponen de relieve la alta correlación entre la tasa de problemas de alcohol y drogas y la tasa de adicción al juego de azar (Dell, Ruzicka y Palisi, 1981; Ramírez, McCormick, Russo y Taber, 1983; Becoña, 1993; Lesieur, Blume y Zoppa, 1986; Rodríguez Martos, 1987, 1989; Legarda et al., 1992; Irurita, 1994).

Consumo de tabaco: Nuestros resultados, muy relacionados con los aportados respecto al consumo de alcohol, son nuevamente semejantes a los encontrados por otros autores (Becoña, 1991; Irurita, 1994).

4.3. Tipos de jugadores y preferencias de juego

4.3.1. Preferencias de juego de los jugadores problema/jugadores patológicos

Se puede apreciar una diferencia considerable entre nuestros resultados y los obtenidos por Becoña (1991), en los que predominaban las tragaperras, seguidas por Bonoloto, cupones, cartas y lotería. En cambio, las diferencias entre nuestro estudio y el de Irurita (1994) son menores, ya que si bien aparecen invertidos los puestos de loterías/tragaperras y Bonoloto/quinielas, las diferencias porcentuales no son importantes.

Respecto al desglose por sexos, coincidimos con Irurita (1994) en lo relativo a los hombres, pero en el caso de las mujeres nuestros porcentajes son inferiores en el caso de tragaperras, bonoloto y quinielas, y superiores en bingo. Pensamos que las diferencias son atribuibles a la disponibilidad de los diferentes juegos y a la ubicación de las poblaciones de estudio dentro del continuo rural-urbano.

En la distribución por edades, las principales diferencias con Irurita (1994) son el elevado porcentaje de jugadores de cartas/dados/dominó en el grupo de 46 a 56 años y

el sorprendente 0% de jugadores de tragaperras en ese mismo grupo de edad. Sin duda, el reducido número de integrantes de este grupo de edad entre los jugadores problema/patológicos (N=4) tiene que ver con este resultado.

Hay que señalar que las diferencias entre sexos o grupos de edad no se corresponden a las posibles divisiones entre juegos activos *versus* pasivos, o continuos *versus* discontinuos, al no haber un patrón estable en ninguno de los sexos. Es decir, algunos de los juegos preferidos por los hombres jugadores problema/patológicos son activos (quinielas), mientras que otros son pasivos (cupones, tragaperras); algunos son continuos (tragaperras) y otros discontinuos (quinielas, cupones). De la misma manera, entre las preferencias de las mujeres jugadoras problema / patológicas encontramos juegos activos (cartas), pasivos (cupones, bingo), continuos (bingo) y discontinuos (cupones).

Lo mismo puede decirse a las preferencias por grupos de edad. De las posibles alineaciones de juegos pasivos *versus* activos o continuos *versus* discontinuos, únicamente aparece una preferencia clara del grupo de más de 56 años por los juegos pasivos (cupones, lotería, tragaperras), aunque no parece un dato relevante ante la ausencia de patrones semejantes en los demás grupos.

Finalmente, respecto a la frecuencia con que los diferentes tipos de juegos aparecen combinados entre sí, cabe destacar la ausencia de relación entre el bingo y las tragaperras, como cabría esperar de la frecuente presencia simultánea de ambos juegos en el mismo local.

Tampoco hay mayores correlaciones entre juegos pertenecientes al mismo grupo (pasivos *vs* activos, continuos *vs* discontinuos) que entre juegos pertenecientes a grupos distintos.

4.3.2. Preferencias de juego para el conjunto de la población

Respecto al conjunto de la población, es destacable el que el orden de preferencia de los juegos sea sensiblemente el mismo que en el caso de los jugadores problema/patológicos, con la importante excepción de las máquinas tragaperras, que en el citado grupo se encuentran en tercer lugar con un 41,7% de adeptos, en tanto que en la población general ocupan el penúltimo, sólo por delante del casino, con apenas un 4,1% de practicantes. Esta es una buena prueba del gran poder de adicción de estas máquinas, y creemos que debe servir de advertencia para todos los organismos y personas implicadas en su uso y autorización.

Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Irurita (1994), y ambos distintos de los de Becoña (1991), en cuyo estudio los mayores porcentajes correspondían a la Lotería Primitiva (33,68%), seguida de los cupones (31,52%), las cartas (26,38%) y la Lotería Nacional (24,27%). Como en el caso de los jugadores problema/patológicos, achacamos estas diferencias a los diferentes contextos en que ambos estudios se han realizado. Igualmente, hay que señalar que los estudios sociológicos anteriores realizados en nuestro país (Libro Blanco del Juego, 1986; Centro de Investigaciones Sociológicas, 1989) otorgaban la primacía a la lotería, seguida según los casos por la Bonoloto o las quinielas.

Ante esto cabe aducir la realidad cambiante de los juegos en España, con aparición de juegos nuevos y modificación de los anteriores, y aspectos achacables a los propios estudios, como el que la investigación del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) se realizase en Navidades, con las importantes variaciones que ello implica de cara al juego.

En función del sexo, nuestros datos vuelven a estar en concordancia con lo encontrado por Irurita (1994). En relación con los grupos de edad destaca el 11,4% de personas mayores de 56 años que juegan a las cartas/dados/dominó, porcentaje muy superior al del resto de los grupos de edad. Esta diferencia es de esperar, al ser común la práctica de los juegos de mesa por muchos jubilados en sus horas de ocio.

5. Conclusiones

Verificamos siete de las nueve hipótesis de trabajo planteadas al principio del estudio, no siendo consonantes nuestros datos con lo establecido en las hipótesis números 2 y 9. Las explicaciones tentativas a ambos fracasos han sido aportadas en los apartados correspondientes.

Por tanto, los resultados confirman buena parte de lo sugerido por la investigación previa acerca del juego patológico, aunque ponen de relieve, al mismo tiempo, la necesidad de considerar este problema en relación directa con el contexto del estudio. Hay factores culturales y sociales que, sin modificar de forma importante las tendencias encontradas, introducen matices y variaciones que la investigación no debe dejar de tener presentes, a fin de interpretar correctamente las discrepancias observadas. En líneas generales hemos encontrado pocas diferencias entre nuestros resultados y los de Irurita (1994), estando ambos estudios referidos a habitantes de la misma comunidad autónoma, aunque las discrepancias apoyan la conveniencia de completar los estudios generales (referidos a poblaciones extensas y heterogéneas) con estudios específicos (referidos, como en nuestro caso, a poblaciones más reducidas y homogéneas). Las matizaciones resultantes de la comparación entre ambos tipos de estudios permitirán, sin duda, optimizar los muy escasos recursos preventivos y terapéuticos.

Con todo, hay algunos aspectos mejorables en nuestro estudio y que pueden suponer algunas limitaciones a su utilidad. Entre estos aspectos podemos citar la utilización de un instrumento no normalizado (aunque ampliamente basado en otro que sí que lo está), la no comprobación de la fiabilidad entre encuestadores (si bien se les sometió a un concienzudo entrenamiento conjunto), o el no haber complementado la encuesta con una entrevista clínica estructurada. Siguiendo el consejo de Dickerson (1993), hubiéramos deseado además profundizar en nuestro estudio con la aplicación de medidas psicométricas estandarizadas que evaluaran el grado general de salud física y mental. No podemos por menos que mencionarlo aquí en la confianza de que sirva de útil sugerencia a futuros trabajos.

Desde el punto de vista de la prevalencia, creemos que las investigaciones futuras deberán centrarse más en la población infantil y juvenil. Las todavía escasas investigaciones con estos grupos cifran la tasa de prevalencia del juego patológico en torno al 5,5% (Lesieur, Cross, Frank, Welch, White, Rubenstein, Moseley y Mark, 1991). Incluso en nuestro estudio con mayores de edad hemos encontrado la mayor prevalencia en el grupo más joven. Hay que señalar que las nuevas generaciones están sometidas al modelado de las generaciones previas, hecho inédito hasta el momento, por lo que, siendo éste un factor predisponente de gran importancia, cabe esperar un fuerte incremento en los sectores más jóvenes para los próximos años.

No podemos finalizar sin un llamamiento a las autoridades competentes en la prevención y tratamiento de esta adicción. En otro lugar señalamos las alarmantes carencias de las asociaciones de autoayuda, único tratamiento disponible en la mayoría de las Comunidades, y comentamos cómo los profesionales que ejercen en ellas se encuentran prácticamente desbordados (Tejeiro,

1996). Sin duda, un esfuerzo serio en la lucha contra la adicción a las drogas hace unas décadas hubiera modificado -presumiblemente para bien- el desolador panorama actual. Lamentablemente, no podemos retroceder en el tiempo y rectificar, pero ahora es el momento de atajar de raíz esta otra adicción no tóxica que, siendo ya un problema, es una seria amenaza de cara al futuro.

Agradecimientos

Se agradecer su valiosa colaboración al equipo de encuesta (Juan Moreno Jiménez, Claudia Ruiz López y Cristal Ruiz López), a los colaboradores en tareas administrativas (Ricardo Patricio Jiménez, Carmen del Mar Pérez Díaz y Francisco Clemente Ubeda) y a la directiva de la Asociación JARCA.

Bibliografía

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 (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised 3rd ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad.cast. en Barcelona: Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad.cast. en Barcelona: Masson, 1995).

Becoña, E. (1993). *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia.

Centro de Investigaciones Sociológicas (1989). Datos de opinión: Lotería, otros juegos de azar. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 45, 291-312.

Comisión Nacional del Juego (1986) *Libro Blanco del Juego*, Madrid, Ministerio del Interior

Custer, R.L. y Milt, H. (1985). *When Luck Runs Out: Help for Compulsive Gamblers and their Families*, Nueva York, Facts on File.

Dell, L.J., Ruzicka, M.F., y Palisi, A.T. (1981). Personality and other factors associated with the gambling addiction. *International Journal of Addictions*, 16, 149-156.

Dickerson, M.G. (1989). Gambling: a dependence without a drug. *International Review of Psychiatry*, 21, 157-172.

Dickerson, M.G. (1993). Alternative approaches to the measurement of the prevalence of pathological gambling, *Psicología Conductual*, 3, 339-350.

González, A., Mercade, P.V., Aymami, N. y Pastor, C. (1990). Variables de personalidad y juego patológico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 203-209.

Irurita, I. (1994). *Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía*. Granada, Junta de Andalucía.

Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Quebec, *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.

Legarda, J.J., Babio, R. y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain), *British journal of addiction*, 87, 767-770.

Lesieur, H.R. (1993). Prevalence, characteristics and treatment of pathological gamblers in the United States. *Psicología Conductual*, 3, 389-407.

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.; 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 Impulsive Control Not Elsewhere Classified), *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.
- Lesieur, H.R.; Blume, S.B.; Zoppa, R.M.** (1986). Alcoholism, Drug Abuse, and Gambling, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10, 33-38.
- Lesieur, H.R.; Cross, J.; Frank, M.; Welch, M.; White, C.M.; Rubenstein, G.; Moseley, K.; Mark, M.** (1991). Gambling and pathological gambling among university students, *Addictive Behaviors*, 16, 517-527.
- Ochoa, E.** (1994). *El Juego Patológico*. Barcelona, Plaza y Janés.
- Ramírez, L.F.; McCormick, R.A.; Russo, A.M.; Taber, J.I.** (1983). Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment, *Addictive Behaviors*, 8, 425-428.
- Rodríguez Martos, A.** (1987). El Juego. Otro Modelo de Dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias, Barcelona, APAT, *Fons Informatiu*, núm. 12.
- 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, 165-275.
- Sommers, I.** (1988). Pathological gambling: Estimating prevalence and group characteristics. *International Journal of Addictions*, 23, 477-490.
- Tejeiro, R.** (1996) Intervención social en el juego patológico : el papel del psicólogo de apoyo en las asociaciones de autoayuda. *Apuntes de Psicología*, 48, 95-111.
- Volberg, R.A.** (1990). Estimating the prevalence of pathological gambling in the United States. Paper presented at the Eighth International Conference on Risk and Gambling, august.

ANEXO 1 . Estudio sobre hábitos de consumo.

A continuación le presentamos algunas preguntas acerca de sus hábitos de consumo. Por favor, responda con sinceridad y conteste teniendo en cuenta su conducta en los últimos seis meses.

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas ?
 - nunca o en ocasiones especiales
 - sólo fines de semana y festivos
 - varias veces a la semana
 - diariamente
2. ¿Ha pensado alguna vez que bebía de más ?
 - sí
 - no
3. ¿Cuánto dinero gasta en alcohol a la semana ? _____
4. ¿Ha pedido prestado dinero para consumir alcohol ?
 - nunca
 - alguna vez
 - muchas veces
5. Indique cuál/es de los siguientes juegos ha practicado Ud. en los últimos 6 meses.
 Señale para cada tipo una contestación.

	Nunca o de vez en cuando	Una vez. o más al mes	Una vez o más por semana	
a.	___	___	___	cupones de la ONCE
b.	___	___	___	lotería nacional o del zodiaco
c.	___	___	___	bonoloto o lotería primitiva
d.	___	___	___	quiniela de fútbol o hípica
e.	___	___	___	cartas/dados/dominó (por dinero)
f.	___	___	___	bingo (por dinero)
g.	___	___	___	tragaperras
h.	___	___	___	jugar en un casino
6. Cuando juega ¿con qué frecuencia vuelve otro día para recuperar el dinero perdido ?
 - nunca
 - algunas veces (menos de la mitad de las veces que pierdo)
 - la mayoría de las veces que pierdo
 - siempre que puedo
7. ¿Ha afirmado alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido ?
 - nunca
 - sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido
 - sí, la mayoría de las veces
8. ¿Siente que haya tenido alguna vez un problema por apostar dinero o por el juego ?
 - no
 - sí, en el pasado, pero ahora no
 - sí
9. ¿Ha jugado alguna vez más de lo que tenía pensado ?
 - sí
 - no

