

CONDUCTAS DE JUEGO CON APUESTAS Y USO DE DROGAS EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE HUELVA¹

Félix Arbinaga Ibarzábal

RESUMEN

El juego patológico, como adicción con aspectos comunes y específicos diferenciadores del resto de las adicciones, está cobrando un mayor interés cada día. El trabajo que aquí presentamos se caracteriza por mostrar información, sobre esta conducta estereotipada, en un grupo de adolescentes del que hasta ahora se desconocía su comportamiento relacionado con el juego de apuestas. Los resultados señalan que con una muestra de 146 sujetos estudiantes adolescentes el 10,27% de los sujetos estudiados pueden clasificarse en la categoría de "problemas leves de juego" (PLJ), frente al 2,74% que lo haría en la de "probables jugadores patológicos" (PJP). Llama la atención que el 2,1% de los sujetos manifiestan como motivación principal el jugar porque "no puedo dejar de hacerlo". Las relaciones del juego con el uso de sustancias con capacidad adictiva se encuentran contrastadas en la población adulta (Lesieur, 1985 Irurita, 1994). Ofrecemos datos sobre las relaciones encontradas entre las puntuaciones sobre el juego y el nivel de consumo y tipo de droga consumidas. Destaca que el 14% y el 15,5% de los que dicen consumir alcohol y tabaco, respectivamente, muestran algún tipo de problemá-

¹ Agradecemos a la Concejalía de Juventud (Ayto. de Huelva) quien ha financiado este trabajo.

tica con el juego. En el resto de las sustancias, se remarca el 14,3% de los sujetos que dicen "haber consumido cocaína pero ahora no lo hacen" presentan problemas leves de juego.

Palabras Clave: ADOLESCENTES; JUEGO PATOLÓGICO; USO DE DROGAS.

SUMMARY

Pathological gambling is an addiction which has much in common with other addictions but it also has certain specific differences. For this reason, interest in it is growing day by day. The study presented herein gives information about the behaviour stereotype in a group of adolescents. Up to now there has been no information available relating to their behaviour in relation to gambling. Results show that in a sample study of 146 adolescent students 10,27% of the subjects could be classified in the category of having "slight gambling problems" (PLJ) as opposed to 2,74% classified as "probable pathological gamblers" (PJP). It is notable that 2,1% of the subjects studied said that their main reason for gambling was because "I can't stop myself". Gambling and its possible links with the use of addictive substances in the adult population has already been contrasted (Lesieur, 1985; Irurita, 1994). We offer information about the links found between the scores/figures obtained on gambling and level of consumption and types of drugs taken. What stands out is that those who were said to consume alcohol and tobacco have some type of gambling problem (14% and 15,5% respectively). In the case of other substances, 14,3% of subjects who were said "to have taken cocaine in the past, but no longer do so" were found to have slight gambling problems.

Key Words: ADOLESCENT; PATHOLOGICAL GAMBLING; USE OF DRUGS

INTRODUCCIÓN

El juego es un fenómeno consustancial no sólo para los humanos sino también para gran parte de los animales. Sin embargo, los primeros manifiestan unas maneras específicas donde el juego

recreativo se ve ampliado a formas muy variadas, entre otras el juego de apuestas, etc., llegando a una transformación de la esencia principal del juego-lúdico.

Inicialmente ambos tipos de juego pueden ser utilizados de manera lúdica y benigna, permitiendo al sujeto un esparcimiento adaptativo a su medio ambiente. Sin embargo, hay que señalar que de igual manera ambas formas pueden derivar en conductas estereotipadas y maladaptativas causando en el individuo graves alteraciones en muy diversas áreas de influencia. Esto nos debe llevar a pensar en los elementos que concurren y coadyuvan a las manifestaciones en una u otra dirección, así como en las fórmulas que nos permitan definir y desarrollar mecanismos de control que eviten las manifestaciones perjudiciales para los individuos, sin tener que llegar a medidas represivas que han mostrado un dudoso resultado.

El juego organizado y con implicaciones de riesgo se ha observado en prácticamente todas las culturas (Fleming, 1978). En la actualidad el juego con riesgo o de apuesta (a partir de ahora cada vez que hablemos de juego lo haremos en este sentido) representa un problema cada vez de mayor amplitud, por el volumen de sujetos afectos y por la cantidad de manifestaciones perjudiciales que se observan individual y socialmente; pero a la vez resulta en una fuente atractiva de recaudación económica para los organismos administrativos competentes, tanto públicos como privados.

En nuestro país, los estudios sobre la influencia que el juego tiene en diversos aspectos de la vida de los individuos, los trabajos de prevalencia, y, de manera general, todos los estudios cuya temática central ha sido el juego en su vertiente desadaptativa, se han caracterizado por la escasez, cuando se compara con otros aspectos de la investigación, debiéndose quizás a la breve historia como actividad legal y a la escasa atención recibida por parte de la administración, probablemente por el reporte económico que le supone y por la baja, por ahora, violencia, peligrosidad o alarma social que genera. Sin embargo, los datos disponibles nos permiten obtener una visión clara de la realidad y la magnitud de ésta. Si esto es así, la escasez se acentúa aún más cuando centramos la atención en observar las repercusiones de las conductas de juego sobre los jóvenes adolescentes; debido quizás, a la aceptación más o menos implícita del planteamiento de que estas actividades no

están legalmente permitidas en edades inferiores a los 18 años y, por tanto, no debe ser de importancia las repercusiones en estos grupos; planteamiento bastante cuestionable, como veremos a lo largo de este trabajo que nos acercará a un sector social, en nuestro país, del que hasta ahora no existían datos, aun sabiendo que en el entorno cultural más próximo la problemática resulta relevante (Ladoucer, 1991; Lesieur y Klein, 1987; Sommers, 1988; Volberg y Steadman, 1988).

Los trabajos hasta ahora existentes, tanto nacionales como internacionales, coinciden en señalar el origen del juego patológico durante la etapa adolescente, o al menos se reconoce la edad como factor de vulnerabilidad para el desarrollo de alteraciones psicológicas y sociales futuras a causa de las altas emisiones conductuales relacionadas con el juego (Ochoa y Labrador, 1994). La edad, como decimos, es un factor de vulnerabilidad, aunque influenciado por otros factores. Entre éstos podemos observar: la exposición a modelos, principalmente de la familia, la exposición y toma de contacto con juegos de máquinas recreativas sin premio a edades muy tempranas y, por último, la familiaridad y el conocimiento del juego es el que lleva a asumir el mayor nivel de riesgo (Ladoucer, 1991).

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, p. 388).

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, centrandó el interés en aspectos como los síntomas fisiológicos de la abstinencia y tolerancia. De este modo pudiera clasificarse como una adicción no tóxica, aunque la categoría de adicción está limitada en el DSM.III-R a las conductas de ingesta

de alcohol y otras drogas. De hecho, diversos autores reconocen que si se cambiase la palabra juego por sustancia adictiva los síntomas son aproximadamente los mismos (Rodríguez Martos 1987; Rosenthal, 1989; Echeburúa, 1993). Junto a los criterios diagnósticos revisados se reconoce que los problemas de juego suelen estar asociados al trastorno antisocial de la personalidad, de la misma forma que en el juego patológico también es frecuente la conducta antisocial.

Por su parte, Custer y col. (1985, p.40) definen al juego patológico 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". Posteriormente, en 1987, este mismo autor, resalta como características más destacadas del juego patológico: 1º.- el ser un trastorno en el que la persona se ve obligada a jugar, debido a la urgencia psicológica incontrolable, y aunque existen factores sociales, culturales e incluso bioquímicos en el juego patológico, está considerado un trastorno de características psicológicas, 2º.- el ser un trastorno persistente y progresivo de la conducta que acaba en una dependencia emocional respecto del juego, y 3º.- el ser un trastorno que llega a afectar de forma negativa la vida personal, familiar y vocacional.

Entre la sintomatología asociada se reconoce (A.P.A., 1987, p. 389) que "generalmente los individuos parecen creer que el dinero es la causa y al mismo tiempo la solución de todos sus problemas. A medida que el juego aumenta, el individuo se ve por lo general forzado a mentir para obtener más dinero y continuar jugando. No existen intentos serios de efectuar presupuestos o de ahorrar dinero. Cuando los recursos de préstamos van desapareciendo, puede surgir una conducta antisocial con objeto de obtener dinero. Los individuos con este trastorno son a menudo muy confiados, muy enérgicos, se aburren con facilidad y son "grandes gastadores"; pero existen ocasiones en las que muestran signos patentes de estrés personal, ansiedad y depresión."

Como resulta obvio, de las clasificaciones diagnósticas revisadas, se podrían diferenciar al menos dos grandes grupos de jugadores: los jugadores sociales y los patológicos. Clasificaciones para los tipos de jugadores han existido varias a lo largo del tiempo y del grupo o persona que las realizan (Bergler, 1957; Custer y Milt, 1985; González, 1989; Moody, 1990).

En nuestro país, González (1989) distingue tres tipos o clases de jugadores: el jugador social, el jugador profesional y el patológico. Una propuesta interesante, derivada y perfilada de la anterior consiste en considerar a los jugadores desde un punto de vista empírico, de acuerdo a la forma de comportarse (Ochoa y Labrador, 1994). En este sentido, se establecen cuatro grupos: los jugadores sociales, los jugadores profesionales, los jugadores problema y jugadores patológicos (adicto y dependiente, respectivamente, en la terminología de Iurita, 1994). Nosotros describiremos los dos últimos grupos mencionados, sin entrar en los problemas de delimitación de cada una de las categorías evaluativas, pudiéndose consultar la obra de Ochoa y Labrador (1994) para ampliar información.

Esta clasificación más operacionalizada que las anteriores, pero aún imprecisa, se basa en los criterios diferenciadores, intensidad y frecuencia, de la emisión de conductas relacionadas con el juego y las características específicas de sus consecuencias sobre el individuo y la sociedad.

El jugador problema, mantiene una conducta de juego frecuente o diaria, con un gasto habitual de dinero que en alguna ocasión, por excesivo, le acarrea problemas. Tiene menos control sobre sus impulsos que el jugador social. Mantiene una vida normal, atendiendo regularmente a su familia y trabajo, aunque el aumento en la regularidad del juego exige gastar el tiempo y dinero con mayor intensidad. Podría considerársele como una persona de alto riesgo (Ochoa y Labrador, 1994), bordeando los límites con el jugador patológico, al poder llegar a no hacer frente a las pérdidas y surgir problemas que aumenten las conductas de juego.

El jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control con respecto a éste y una interferencia con el funcionamiento normal de la vida cotidiana (Echeburúa, Báez, 1991). El jugador patológico presenta unas conductas de juego que responden a las siguientes pautas: frecuen-

cia de juego y/o inversión en tiempo y dinero extraordinariamente altas, apuesta de una cantidad de dinero superior a la prevista, y pensamientos recurrentes y deseo compulsivo de jugar, sobre todo cuando ha perdido. La necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido, así como el fracaso reiterado en el intento de resistir el impulso de jugar, son características distintivas (Ochoa y Labrador, 1994). Un elemento de interés son los pensamientos manifestados por este tipo de jugadores y que se caracterizan por ser irracionales, distorsionados y supersticiosos.

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; Volberg y Steadman, 1988; Dickerson, Hinchy, 1988; Volberg, 1990; Ladoucer, 1991; entre otros). Por parte de nuestro entorno más cercano, y al mismo nivel de análisis global, destacan diversas investigaciones sobre la incidencia del juego en las Comunidades Autónomas de Andalucía (Legarda et cols, 1992; Irurita, 1994), Galicia (Becoña, 1991, 1993) y Cataluña (Cayuela, 1990).

A nivel 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, Steadman, 1988).

En 1986, la Comisión Nacional del Juego pone de manifiesto que el 79,2% de los mayores de 16 años reconoce jugar en mayor o menor medida, perfilándose un jugador tipo. Otros trabajos a nivel estatal, aún con muchas limitaciones y características metodológicas relevantes a tener presente (De Miguel, 1988; CIS, 1989), muestran tendencias en el comportamiento social a medida que se instauraban y legalizaban diversos juegos; llegándose a dar cifras del 8%, como jugadores adictos a las máquinas tragaperras, de la población muestreada y jugadora de las mismas.

Estudios más recientes nos mantienen en los niveles de incidencia poblacional entre valores que oscilan, para jugadores problema del 1,60% (Becoña, 1991) al 5,18% de Legarda et cols. (1992) y, para jugadores patológicos del 1,67% encontrado por Legarda et cols. (1991) al 1,73 de Becoña (1991). En Cataluña, se informa del 2,34-2,5% (Cayuela, 1990).

Por lo que se refiere a las principales variables demográficas hay que señalar que, teniendo presente ciertas precauciones, 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 y Labrador, 1994) y los 9:1, de hombres frente a mujeres, referidos por Irurita (1994) en Andalucía. Estos porcentajes varían según el tipo de juego considerado (Becoña, 1993; Irurita, 1994, entre otros). 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, los datos disponibles nos revelan que en la franja de edad 18-30 años se sitúa el 39% de jugadores patológicos (Becoña, 1991) ó el 51,6% de jugadores problema (Legarda et cols., 1992). En el conjunto de la comunidad andaluza (Irurita, 1994) 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%).

Esto, que se mantiene en proporción similar a nivel internacional, nos ha de hacer pensar en la posibilidad de tasas relevantes en la práctica del juego en la población adolescente de nuestro país. La importancia de las conductas de juego en la infancia y adolescencia se ha puesto de manifiesto en trabajos llevados a cabo en los EEUU (Lesieur y cols., 1991) en Canadá (Ladoucer y Mireault, 1988) o en el Reino Unido (Fisher, 1992). Tal es el caso, que estimaciones realizadas consideran que uno de cada cuatro de los nuevos miembros de Jugadores Anónimos, en el Reino Unido, son niños y/o adolescentes (Moody, 1990).

En nuestro país, los datos disponibles sobre la incidencia del juego en la infancia y juventud emanan principalmente de los estudios realizados sobre la utilización de los video-juegos, en el marco más amplio del debate, actualmente existente, sobre su potencial adictivo y las posibles relaciones con determinadas alteraciones conductuales y psicopatológicas (Brooks, 1983; Gibb y cols. 1983; Egli y Meyers, 1984; Ellis, 1984; Estallo, 1992, 1994; Estallo, Herrera, Costa, 1994).

A la hora de considerar el fenómeno del juego hay que tener presente, tanto en la evaluación como el tratamiento, sus relaciones con el uso-abuso de sustancias adictivas. Podríamos entender el

fenómeno, en muchos de los casos y en el tipo de relaciones que se pudieran establecer entre ambas adicciones, como una polidependencia. Un elemento de importancia en esta interacción es la ubicación física y comercial de los diversos tipos de juego, en lugares donde suele ser frecuente la posibilidad de acceder y usar sustancias capaces de desencadenar consumos abusivos y problemáticos, como es el caso del alcohol, tabaco etc.

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 y 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 (Irrita, 1994).

MÉTODO

La mayoría de las investigaciones realizadas en nuestro país, relativas al juego con apuestas, han sido planteadas en sujetos mayores de 18 años; con lo que una franja de edad, la que va de los 14 a los 17 años, de gran importancia, tanto cuantitativa como cualitativamente, se ha mantenido obviada de los resultados, concluyéndose el nivel de problemática desde la extrapolación con estudios internacionales o de la inferencia en estudios sobre juego recreativo sin premio en metálico.

Nuestros objetivos, por tanto, junto al de iniciar una línea de investigación hasta ahora escasamente atendida en nuestro entorno, tienden a (Arbinaga, 1994): aportar datos que permitan ampliar cuantitativa y cualitativamente la información sobre la adicción al juego en nuestro país, conocer la prevalencia del juego con apuestas en la población estudiantil adolescente de la ciudad de Huelva y, por último, dotar de información que caracterice a la población juvenil, en referencia a las conductas de juego, permitiéndonos el diseño de medidas preventivas en su caso.

Dado el interés del estudio, y el mantener un carácter de aproximación a un fenómeno poco aclarado, utilizaremos un diseño de tipo descriptivo, localizando como variable criterio que caracterizará al grupo de referencia los resultados al instrumento de evaluación sobre conductas relacionadas con el juego de apuestas.

3.1.- Instrumento

Se confeccionó un instrumento que dado nuestros intereses lo dividimos en cinco bloques temáticos:

BLOQUE I .- Datos Demográficos.

BLOQUE II.- Datos Educativos.

BLOQUE III.- Datos Sobre Consumo de Drogas.

BLOQUE IV.- Datos Sobre Juego.

BLOQUE V.- Datos Motivacionales en el Juego.

El primero y segundo de los bloques, aporta información sobre datos sociales básicos (sexo, edad, residencia, ingresos, etc) y escolares (curso, repeticiones, satisfacción y apoyo de los padres en los estudios).

El tercero de los bloques, considerando, como hemos visto, la problemática relacionada con el uso-abuso de sustancias potencialmente adictivas, busca perfilar pautas de prueba, frecuencia, intensidad, accesibilidad y percepción de peligrosidad de las mismas.

El cuarto de los bloques, construido para determinar las pautas y comportamientos relacionados directamente con el juego, se basa en el Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS) al que se le añadieron cuatro ítems referidos a juegos sin premio en metálico

(frecuencia, intensidad y antigüedad en el uso de video-juegos, consolas etc), y uno sobre actos ilegales (robar para jugar). A la hora de evaluar y puntuar el SOGS y los ítems ampliados se consideraron de manera independiente.

Los datos relativos al juego se obtienen mediante el *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. Consta de 20 ítems cuyo contenido se relaciona con las conductas de juego, fuente de obtención del dinero para jugar o cubrir deudas, etc. El rango es de 0 a 20. Según los autores (Lesieur, Blume, 1987) la fiabilidad test-retest es de 0.71 y la consistencia interna de 0.97. En la versión adaptada a la población española (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo, Páez, 1995) se puede observar una fiabilidad test-retest con el conjunto de la muestra de 0,98, para los jugadores patológicos es de 0,87 y para la muestra normal es de 0,87. 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, 1994).

La corrección y valoración del cuestionario se establece a partir de tres cortes principales: 0-2 sin problemas de juego, 3-4 problemas leves de juego, 5 ó más probable jugador patológico.

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 (1994) y Echeburúa y cols (1994).

Hay que señalar, que al SOGS, en el ítem nº 2 (¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?) se le modificó las cantidades originales en las respuestas (nunca he jugado dinero, menos de 1.000, entre 1.000 y 5.000, entre 5.000 y 10.000, entre 10.000 y 50.000, más de 50.000 pts) por otras que pensamos podían ajustarse más a la realidad económica de los

estudiantes adolescentes (nunca he jugado, menos de 500, entre 500 y 1.000, entre 1.000 y 5.000, entre 5.000 y 10.000 y más de 10.000 pts).

El quinto y último de los bloques se compone de una pregunta múltiple sobre la motivación manifestada por los individuos para jugar y fué tomada del trabajo realizado por Irurita (1994).

3.2.- Muestra

El muestreo utilizado se caracteriza por ser probabilístico, aleatorio, estratificado proporcional, considerando las variables de clasificación en los estratos siguientes: sexo, tipo de estudios (Bachiller, FP) y nivel de estudio (BUP: 1º, 2º, 3º; COU y FP: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º).

El error de estimación que hemos utilizado es del ± 6 por ciento ($e = 0.06$), a un intervalo de confianza del 95 por ciento. El tamaño muestral es de 146 personas lo que representa el 1,39% del conjunto de la población.

La muestra utilizada se compuso de un 45% de varones y un 55% de mujeres estudiantes de enseñanza media matriculados en centros públicos de la ciudad de Huelva, con un rango de edad desde los 13 a los 26 años.

Según el nivel académico el 43,8% se encuentra realizando estudios de BUP y el 13,0% estudia COU mientras que el 43,2% realiza alguno de los dos niveles de FP.

3.3.- Procedimiento

Para la realización y cumplimentación de las pruebas se contó con la colaboración de dos encuestadores a los que se les instruyó en la investigación, en el conocimiento de los criterios diagnósticos del juego patológico según el manual DSM.III-R y en el pase del cuestionario. Tras un primer contacto con la dirección del centro, se acudía a un aula pre-viamente seleccionada donde se solicitaban voluntarios en número igual al asignado a dicha clase, según sexos. Posteriormente se reunía a los seleccionados en un aula preparada al caso donde se procedía a leerles las instrucciones. A los sujetos

se les insistía, desde el primer momento, en la necesidad de ser sinceros y el carácter anónimo de la prueba, asegurándonos que en el momento de rellenarla se mantenían distanciados los sujetos entre sí. Los encuestadores leían en voz alta cada una de las preguntas.

4.- RESULTADOS

Los análisis estadísticos se realizaron con un PC-RDI-386, y un IBM. PS/VP-425-sx y el paquete estadístico StatGraphics Versión.2.6. con el apoyo gráfico de Harvard Graphics v.3.0.

Considerando los ingresos mensuales de la familia, y teniendo presente que la categoría ≤ 120.000 pts (25%) se desglosa en el cuestionario en dos niveles ($<$ de 60.000 pts (4,8%) y el nivel limitado Entre 60.001 y 120.000 pts (20,5%)), observamos que el 57% de los sujetos expresan unos ingresos familiares que oscilan entre las 120.001 y las 250.000 pesetas mensuales.

Por lo que se refiere a las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS) (Lesieur y Blume, 1987) se discriminan a los sujetos en el 86,99% de los casos como "sin problemas de juego", en el 10,27% como personas con "problemas leves de juego" y en el 2,74% como "probables jugadores patológicos".

4.1.- Resultados SOGS según Variables Sociodemográficas

Observando las puntuaciones al cuestionario SOGS relacionadas con el sexo de los sujetos comprobamos que el 2,05% de los muestreados son varones y clasificados como probables j. patológicos y el 6,16% son del mismo sexo con problemas leves de juego, frente al 0,68% de mujeres probable j.patológicas y el 4,11% con problemas leves de juego. Considerando las puntuaciones de manera independiente para los varones y las mujeres los primeros manifiestan mayores porcentajes en las categorías de algún problema con el juego, con una relación de 12 varones por cada 7 mujeres.

Los problemas con el juego, las dos categorías agrupadas, se observan en los 14 años (0,7%), 15 (2,1%), de 16 (2,7%), 17 (1,4%) y de 18-26 (6,2%). Considerando las puntuaciones para menores de 18 años de manera global ($n = 106$, con un rango de 13 a 17 años) vemos que los "problemas leves de juego" se dan en el 6,60% de los casos y los "probables jugadores patológicos" se presentan en el 2,83% de los menores estudiados.

Según las diferentes categorías de ingresos mensuales, destacan el 3,6% y el 4,2% de los sujetos que dicen ingresar entre 120.001-250.000 pts y 250.001-400.000 pts respectivamente, como "probables jugadores patológicos", viéndose altos porcentajes para las categorías de problemas leves en cada nivel de ingresos.

4.3.- Resultados SOGS según Variables Relativas al Uso de Drogas

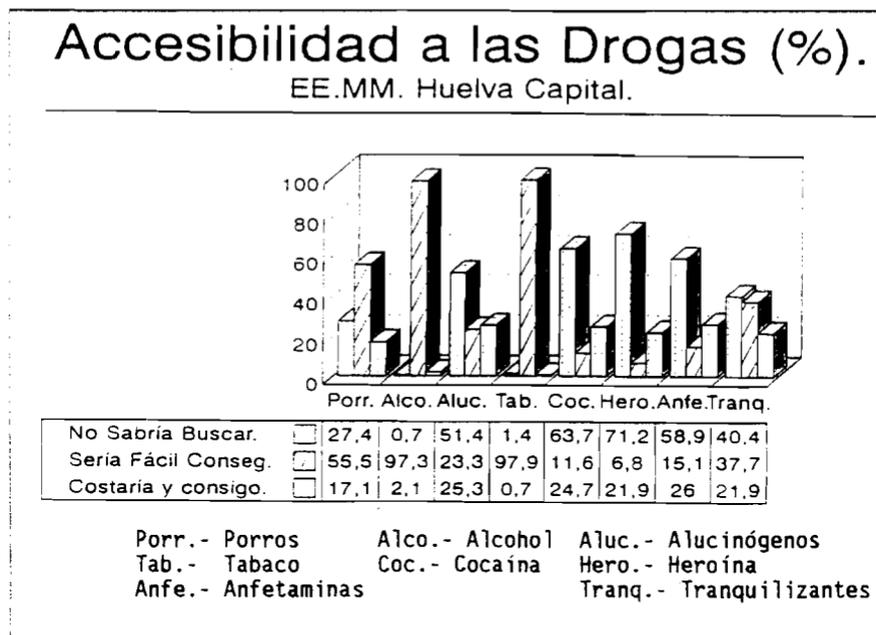
El consumo de drogas es un elemento relacionado con la emisión problemática de las conductas de juego, como ya hemos visto en otros trabajos anteriormente referidos.

Por lo que respecta al consumo de drogas llama la atención que el 81,5% de los sujetos han consumido o consumen actualmente alcohol, el 32,8% lo hacen con los porros, el 6,9% con los alucinógenos, el 10,3% lo hacen con los tranquilizantes, la heroína dicen no haberla probado y sólo el 4,8% dice haber probado alguna vez la cocaína.

Actualmente se reconoce a la accesibilidad a las drogas como un elemento de máxima importancia para el inicio en el uso-abuso de sustancias tóxicas. En este sentido, observamos los altos porcentajes de sujetos que consideran el acceso a las drogas "fácil o difícil, pero que si se lo proponen lo consiguen", tendencia que se invierte en el caso de la cocaína, heroína y anfetaminas (Figura 1).

En la Tabla 1 podemos observar como la accesibilidad presenta algunas relaciones de interés con alguno de los niveles de problemática en el juego. Vemos cómo los problemas con el juego se dan principalmente entre los sujetos que dicen "Me sería fácil conseguir" más los que opinan que "Me sería difícil pero lo consigo"; sin embargo, los datos tienden a igualarse, con la categoría "No sabría buscarla" en el caso de heroína, anfetaminas y tranquilizantes.

FIGURA 1.-Percepción de accesibilidad a los diversos tipos de sustancias

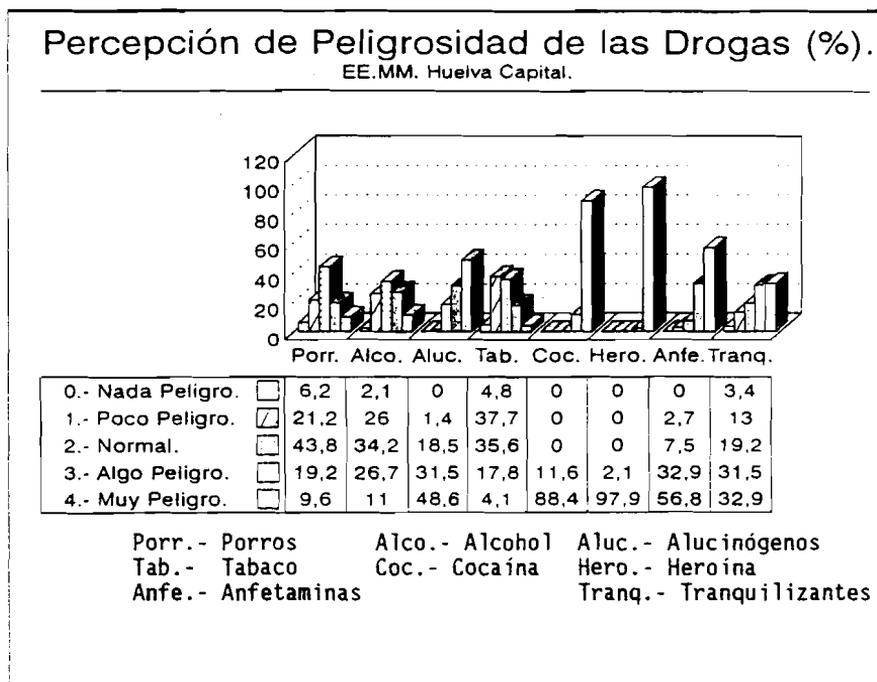


Fuente: F. Arbinaga, 1994.

TABLA 1.- Porcentaje de sujetos con problemas de juego según la percepción de accesibilidad a las drogas

%	No sabría Buscarla	Fácil o Difícil pero consigo
Porros	7,5	15,09
Alcohol	-	13,10
Alucinog.	6,7	19,72
Tabaco	-	13,19
Cocaína	9,7	18,18
Heroína	11,54	16,67
Anfetam.	12,79	13,33
Tranquil.	8,5	16,09.

FIGURA 2.- Percepción de la peligrosidad de cada una de las sustancias



Fuente: F. Arbinaga, 1994.

TABLA 2.- Porcentaje de sujetos con problemas de juego según la percepción de peligrosidad de las drogas

%	0-1	2	3-4
Porros	12,5	14,06	11,90
Alcohol	12,19	16	10,91
Alucinog.	-	14,8	12,82
Tabaco	6,45	19,2	15,63
Cocaína	-	-	13,01
Heroína	-	-	13,3
Anfetam.	-	-	14,5
Tranquil.	12,5	3,6	15,96

0-1.- Nada/Poco Peligroso. 2.- Normal Peligro
3-4.- Algo/Muy Peligrosas

Observando la valoración que realizan los individuos de la peligrosidad de las diversas sustancias se constata que consideran las más peligrosas en la medida en que menos las consumen. Sólo en el caso de la cocaína y heroína el 100% de los individuos las valoran como "algo peligrosas" o "muy peligrosas" (Figura 2). Por contra, el 62,3% considera que el alcohol es normal, poco o nada peligroso, porcentaje que en el caso de los porros se sitúa en el 71,2% para iguales categorías. Para el tabaco estos porcentajes, en iguales respuestas, se sitúan en 78,1% de los casos. Llama la atención que el 35,6% de los individuos considera que los tranquilizantes son "normal, poco o nada peligrosos".

Las puntuaciones SOGS en función de la valoración de peligrosidad que realizan sobre las drogas las podemos analizar en la Tabla 2.

Considerando las puntuaciones sobre juego observamos que el 14% y el 15,5% de los jóvenes que dicen consumir actualmente alcohol y tabaco, respectivamente, presentan problemas leves o son probables j.patológicos; frente al 18,2% de los consumidores actuales de porros. Para el resto de las sustancias y categorías destaca el 33,3% de los sujetos que dicen "haber consumido tranquilizantes pero ahora no lo hacen" que presentan "problemas leves de juego" (Tabla 3).

TABLA 3.- Porcentaje de sujetos con problemas de juego según el nivel de consumo de drogas

%	1	2	3
Porros	9,2	21,6	18,2
Alcohol	3,7	16,3	14,0
Alucinog.	12,5	25,0	-
Tabaco	9,1	13,7	15,5
Cocaína	13,0	14,3	-
Heroína	13,01	-	-
Anfetam.	13,4	-	-
Tranquil.	11,5	33,3	-

1.- Nunca he probado
 2.- He consumido, pero ahora no.
 3.- Consumo actualmente

Cuando nos referimos a la frecuencia de consumo (Tabla 4) y las puntuaciones al SOGS podemos destacar que el 21,2% de los sujetos que dicen beber varias veces al mes presentan problemas leves de juego o son probables j. patológicos. Por su parte el 14,9% de los jóvenes que manifiestan fumar tabaco todos los días presentan algún problema en la emisión de conductas de juego con apuestas y el 66,6% de los que fuman porros.

TABLA 4.- Porcentaje de sujetos con problemas de juego según la frecuencia de consumo de las drogas

%	1	2	3	4	5
Porros	23,1	20,8	-	-	66,6
Alcohol	20	-	21,2	-	-
Alucinog.	-	14,3	50	-	-
Tabaco	-	19,1	33,3	11	14,9
Cocaína	-	50	-	-	-
Heroína	-	-	-	-	-
Anfetam.	-	-	-	-	-
Tranquil.	33,3	27,3	-	-	-

1.- Ahora no	2.- He probado alguna vez
3.- Varias veces-mes	4.- Varias veces-semana
5.- Todos los días	

4.5.- Variables de Juego Con Premio Metálico

Considerando el tipo de juego más frecuente entre los jóvenes vemos que el 63,0% dice jugar alguna vez a las loterías, quinielas, primitivas, bono-loto, cupones once etc.. el 23,29% lo hace a las máquinas tragaperras, el 16,43% suele jugar en alguna medida a las cartas con dinero. Más distanciados se encuentran los que apuestan a deportes o pruebas de habilidad (9,59%), al bingo (6,16%), frontón o deportes rurales (2,05%) y, por último, las carreras de caballos que lo hace el 0,7%.

Por lo que se refiere a las motivaciones alegadas para llevar a cabo las conductas de juego, llama la atención que el 13,7% juega

“la mitad de las veces” o “siempre” para conseguir dinero. Como fuente de obtención de sensaciones es reconocido por el 21,9% en cualquiera de las modalidades de respuestas. El 37,7% reconoce jugar por el hecho de que lo “hacen mis amigos” frente al 23,9% que dice jugar para “olvidarse de los problemas”. El 2,1% menciona que “pocas veces juega” porque “no puede parar” o dejar de jugar.

CONCLUSIONES

La principal nota de relevancia que podemos extraer del trabajo realizado es el importante nivel de problemática que hemos detectado en la población adolescente relacionada con las emisiones de conductas de juego. Así vemos que el 86,99% de la población estudiada no presenta problemas relevantes con el juego de apuestas, el 10,27% lo hace de manera leve y el 2,74% podría considerarse como “probable jugador patológico”.

Con relación a los datos aportados queremos reseñar varios aspectos. Los porcentajes encontrados, comparativamente con el resto de los estudios llevados a cabo en nuestro país sobre población mayor de 18 años, observamos que resultan ciertamente elevados. Sin embargo, parecen marcar una tendencia similar a la encontrada en estudios internacionales que destacan el origen del juego en etapas adolescentes (Custer, 1982; Livingson, 1974) y que mantienen tasas de juego patológico consistentes que resultan más altas que las de la población adulta (Lesieur y cols., 1991; llegando al 5% para los jugadores patológicos y al 15% cuando se habla de jugadores problemas (Ladouceur y Mireault, 1988; Lesieur, Cross, Frank, Welch, White, Rubenstein, Moseley, Mark, 1991).

Realizando una breve indicación de los resultados señalamos que los varones muestran un mayor problema con el juego (12:7), con la edad se aumenta la problemática resaltando los individuos de 16 años en el grupo de probable j. patológico (2,7%). La mayoría se sitúa en categoría de ingresos superiores a las 120.001 pts mes.

Se mantiene la relación entre el juego y el uso de sustancias potencialmente adictivas que se había observado en la población adulta. Resultan destacados los porcentajes de sujetos que perci-

ben la droga como accesible y los niveles de problemáticas que con el juego se detectan.

Resulta preocupante los altos porcentajes que se observan en determinadas categorías de motivaciones para jugar, especialmente aquellos que lo explicitan como jugar para "olvidarse de los problemas" (23,9%) "obtener sensaciones" (21,9%) y el posible papel del modelaje y/o presión social (37,7%). En este sentido, habría que resaltar el 2,1% de los sujetos que en alguna ocasión no dejan de jugar por que "no puedo parar de hacerlo".

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados encontrados destaca la escasa atención que reciben grupos de población que resultan relevantes en referencia a la adicción al juego. Hecho reflejado por la falta de información básica y epidemiológica, tanto en cuanto a su implicación sobre el futuro, como en la importancia con la que los problemas derivados de comportamientos estereotipados con el juego se manifiestan en los sujetos y en las personas cercanas a ellos. La importancia resulta evidente dado que el rango de edad estudiado resulta fase temporal de inicio para las diversas alteraciones derivadas del juego; así como, por el volumen de sujetos afectados y las implicaciones futuras de impacto socio-sanitario.

Con este trabajo hemos pretendido iniciar una línea de investigación que en el futuro ha de aclarar diversos aspectos, entre los cuales destacamos los siguientes:

- Nuevos datos epidemiológicos que permitan una contrastación de los resultados encontrados.
- Trabajos que permitan delimitar características específicas de los adolescentes en relación a su comportamiento con el juego.
- Establecer el peso específico de cada una de las motivaciones alegadas para el juego.
- Determinar del valor y la influencia que los factores predisponentes tienen en la aparición de las conductas desadaptadas con el juego.
- Determinar el papel del modelaje y la influencia familiar en la aparición del juego problemático.

- Conocer las características clínicas asociadas al juego patológico y sus manifestaciones e influencias en la adolescencia.
- Determinar momentos críticos, personales y ambientales, en los cuales intervenir con programas preventivos.
- Contrastar la eficacia de programas de prevención diseñados para el consumo de drogas (vg. autocontrol, etc.) y la posibilidad de establecer su generalización a la prevención del juego, manteniendo las especificidades.

Por último, habría que considerar el establecimiento de programas dirigidos a los sujetos afectados (prevención secundaria y terciaria), diseñados según la diversidad sociológica existente.

Si bien nuestro país dispone de trabajos, cada día más numerosos, que nos permiten visualizar una realidad preocupante, no resulta menos cierto que aún los programas asistenciales y de investigación clínica resultan escasos. Tal situación habría que analizarla en el contexto de su corta historia como problemática y desde la paradoja económica que pudiera derivarse de la contradicción resultante entre la permisividad sobre el juego y el establecimiento de programas asistenciales por parte de la administración.

BIBLIOGRAFÍA

- Allcock, C.C. (1986). Pathological Gambling. *Australiam 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.). Washintong DC.APA.
- Arbinaga, F. (1994). *Prevalencia de las conductas de juego en los estudiantes de EE.MM de la ciudad de Huelva*. (multicopiado).Concejalía de Juventud. Ayto.Huelva
- 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*. (En prensa).
- Bergler, E. (1957). *The Psychology of Gambling*.New York.Hill and wang.

- Berkowitz, L. (1984). Some effects of thoughts on anti and prosocial influences of media events: acognitive-neoassociation. *Psychological Bulletin*. 95,410-427.
- Blaszczynsky, A.P., Mc Conaghy, N., Frakova, A. (1989). Crime, antisocial personality and pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*. 5,137-152.
- Brooks, B.D. (1983). Ponencia presentada en el Congreso. *Videojuegos y Desarrollo Humano, un Programa de Investigación para los Años 80*. Graduate School of Education, Mayo.1993.
- Cayuela, R. (1990). *Characteristics and Situation of Gambling Addiction in Spain: Epidemiological and Clinical Aspects*. Eight International Conference on Risk and Gambling.Londres.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (1989). Datos de opinión: Lotería, otros juegos de azar. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 45,291-312.
- Ciarrocchi, J., Richardson, J. (1989). Profile of compulsive gamblers. *Journal of Gambling Behavior*. 5, 53-65.
- Comisión Nacional del Juego (1986). *Libro Blanco del Juego*. Madrid. Ministerio del Interior.
- Culleton, R.P., (1989).The prevalence rates of pathological gambling:A look at methods. *Journal of Gambling Behavior*. 5,22-41.
- Custer, R., Milt, H. (1985). *When luck runs out.Help for compulsive gamblers and their families*. New York.Facts on File Publications.
- Custer, R. (1987).The diagnosis and score of pathological gambling. En T. Galski (ed). *The Handbook of Pathological Gambling*. Springfiel Ill:Charles C.Thomas.
- Chambers, J.H., Ascione, F.R. (1986).The effects of prosocial and agresive videogames on children's donating and helping. *Journal of Genetic Psychology*. 1484.499-505.
- De Miguel, A. (1988). *Estudio Sociológico sobre las Máquinas Recreativas con Premio*. Madrid.Andemar-Facomare.
- Dickerson, M.G., Hinchy, J.(1988).The prevalence of pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Studies*. 4, 135-141.
- Dickerson, M.G. (1993).Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual*. 1, 3, 339-349.
- Dominick, J.R. (1984). Videogames, television violence, and aggression in teenagers. *Journal of Comunication*. Spring.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*.4,7-20.
- Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el "crack" al juego patológico?. *Psicología Conductual*. 1, 3, 321-337.

- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y Tratamiento de los Trastornos Adictivos*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E., Báez, C. (1991). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 8, 127-146.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*. 73, 20, 617-645.
- Echeburúa, E.; Báez, C.; Fernández-Montalvo, J. (1995). Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento de juego patológico. *Análisis y Modificación de Conducta*. 21, 75.5-23.
- Echeburúa, E.; Báez, C.; Fernández-Montalvo, J.; Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20.74.769-785.
- Edly, E.A., Meyers, B.J. (1986). Videogames and children: effects on leisure activities, schoolwork and peer involvement. *Merril-Palmer Quarterly*. 32,3,251-262.
- Ellis, D. (1984). Video Arcades. *Youth and Trouble*. *Youth & Society*. 16,1,47-65
- Estallo, J.A. (1992). Videojuegos: efectos psicológicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2,106-116.
- Estallo, J.A. (1994). Videojuegos, personalidad y conducta. *Psicothema* 6,2, 181-190.
- Estallo, J.A., Herrera, M.C., Costa, J.M. (1994). *Videojuegos. Una aproximación al Estudio de su Posible Dependencia*. Ponencia en las I Jornadas Nacionales sobre Ludopatía Infantil. Córdoba, Oct.1994.
- 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
- Fleming, A. M. (1978). *Something for Nothing: A History of Gambling*. Nueva York. Delacorte Press.
- Gallup (1976). *Gambling in Britain*. Londres. HMSO. Social Surveys (Gallup Pool)
- García, J.L., Díaz, C., Aranda, J.A. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*. 9,1,83-92.
- González, A. (1989). *Juego Patológico: Una Nueva Adicción*. Madrid. Canal Comunicaciones S.A.
- Huxley, J., Carroll, D. (1992). A survey of fruit machine gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*. 8,167-179.
- Irurita, I. (1994). *Estudio Sobre la Prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía*. Sevilla. FAJER.

- Ladoucer, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gamblers in Québec, Canadá. *Canadian Journal of Psychology*. 36,732-734.
- Ladoucer, R., Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*. 4,3-12.
- Legarda, J. J., Babio, R., Abreu, J. M. (1992). Prevalence estimates of pathological gamblers 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., 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., Klein, R. (1987). Pathological gambling among high school students. *Addictive Behaviors*. 12, 129-135.
- Lesieur, H.R., 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., Jonas, J.M. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*. 47, 201-206.
- Lorenz, V.C., Yaffee, R.A. (1986). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 40-49.
- Lorenz, V.C., Yaffee, R.A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*. 4,13-26.
- McCormick, R.A., Russo, A.M., Ramirez, L.F., Taber, J.L. (1984). Affective disorders among pathological gamblers in treatment. *American Journal of Psychiatry*. 141, 215-218.
- McClure, R.F., Mears, F.G. (1986). Videogame playing and psychopathology. *Psychological Reports*. 59, 59-62.
- Meyer, G. (1986). Addiction to gambling. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 34,140-156.
- Moody, G. (1990). *Quit Compulsive Gambling*. Wellingborough, U.K. Thorsons Publ.
- National Housing and Town Planning Council (1988). *The Use of Arcades and Gambling Machines: A National Survey*. Londres: Author.
- Ochoa, E. Labrador, F. (1994). *El Juego Patológico*. Plaza & Janes.

- Ramírez, L.F., McCormick, R.A., Russo, A.M., Taber, J.L. (1983). Patterns of Substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behavior*. 8, 425-428.
- Rands, J., Hooper, M. (1990). *Survey of Young Peoples' use of Slot Machines within the Sedgemoor District in Conjunction with Somerset Youth Association*. Somerset Author.
- Real Academia de la Lengua Española (1984). *Diccionario de la Lengua*.
- Rodríguez Martos, A. (1987). Estudio piloto estimativo de la prevalencia del juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acude al programa Dross. *Revista Española de Drogodependencias*. 14, 265-275
- Rosenthal, R.J. (1989). Pathological gambling and problem gambling: Problems of definition and diagnosis. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (eds). *Compulsive Gambling. Theory, Research and Practice*. 101-125. Lexington, M.A.:Lexington Books.
- Roy, A., Custer, R. Lorenz, V., Linnoila, M. (1988). Depresse pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 80,37-39.
- Selnow, G.W. (1984). Playing Videogames: The Electronic Friend. *Journal of Communication*. Spring.
- Sommers, I. (1988). Pathological gambling: Estimating prevalence and group characteristics. *International Journal of Addictions*. 23,2477-490
- Taber, J.L., McCormick, R.A., Ramírez, L.F. (1987). The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *International Journal of Addictions*, 22,71-79.
- Volberg, R.A. (1990). *Estimating the Prevalence of Pathological Gambling in the United State*. Eight International Conference on Risk and Gambling, agosto.
- Volberg, R.A., Steadman, H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*. 145, 502-505.