

Características sociodemográficas, consumo de drogas, depresión y juego patológico en un grupo de mujeres de Punta Umbría (Huelva): Un estudio descriptivo

Félix Arbinaga Ibarzábal

Centro de Psicología Clínica (Huelva)

Resumen: El trabajo presenta los resultados obtenidos en un grupo de 308 (8-73 años) mujeres sobre el juego de apuesta y el juego patológico, medido con el SOGS en el caso de las adultas y con el SOGS-RA en el caso de las menores de edad. Los datos nos indican que el 93,8% de las mujeres no tendrían problemas con el juego, el 3,6% tendría problemas leves y el 2,6% podría ser considerada jugadora patológica. El 54,6% de las mujeres con problemas leves y el 37,5% de las probable jugadoras patológicas presentarían una puntuación en depresión de moderada o grave. En las jugadoras adultas con problemas leves el 33,3% de los casos probablemente serían alcohólicas y el 16,7% de las agrupadas como probable patológicas. Si bien con los estudios realizados hasta la fecha no se puede establecer un perfil de la mujer jugadora, dada la escasa información específica, los datos sí nos indican la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre las características con las que el juego de apuesta se presenta en la mujer.

Palabras Clave: Mujer, juego patológico, depresión, alcoholismo.

Title: Sociodemographic characteristics, use of drugs, depression and pathological gambling in a group of women from Punta Umbría (Huelva-Spain): A descriptive study.

Abstract: The paper is a presentation of the results obtained in a group of 308 women (8-73 years) about gambling and pathological gambling, measured with the SOGS in the case of the adults and SOGS-RA in the case of those under age. The data indicates that 93,8% of the women would not have gambling problems, 3,6% would have slight ones and 2,6% could be considered pathological gamblers. 54,6% of the women with slight problems and 37,5% of the probable pathological gamblers would suffer from moderate or severe depression. 33,3% of the adult gamblers and 16,7% of those considered pathological would probably be alcoholics. Although it is impossible to establish a profile of the woman gambler from the studies carried out up to now due to the lack of specific information the data does indicate the necessity of deepening our knowledge of the characteristics that gambling shows in women.

Key Words: Woman, pathological gambling, depression, alcoholism.

Introducción

El juego patológico fue reconocido oficialmente como entidad nosológica de salud mental en el año 1980 cuando se incluye en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M.) (APA, 1980). En él, 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 con-

ducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales" (APA, 1987, 388). En el D.S.M.III-R (1987) se centra el interés en aspectos como los síntomas fisiológicos de la abstinencia y tolerancia. Por su parte, la cuarta versión del DSM (APA, 1995) mantiene que la característica esencial del juego patológico "es un comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente" y se han de cumplir al menos cinco de los criterios indicados en la Tabla 1.

Shaffer, Hall, Vander (1997) agrupan a los jugadores en tres niveles, que bien pudieran representar un continuo de incremento en las conductas de jugar y los problemas asociados. Nivel 1.- juego social o recreacional sin consecuencias significativas. Nivel 2.- juego con problemas moderados y Nivel 3.- conductas de jue-

Dirección para correspondencia: Félix Arbinaga Ibarzábal. Centro de Psicología Clínica. C/ José Farriña 56 – 5ºc. 21006 Huelva (España).
E-mail: arbinaga@wanadoo.es

go que resultan en múltiples problemas y es consistente con los criterios del DSM. Por su parte, Ochoa y Labrador (1994) proponen cuatro grupos de jugadores: los jugadores profesionales, los jugadores sociales, los jugadores problemas y los jugadores patológicos.

En nuestro país, los principales estudios epidemiológicos sobre el juego patológico se iniciaron al comienzo de los noventa, tanto en adultos como en menores (Tabla 2).

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

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

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

Autor	Año	N	Ámbito	J.Probl.	J.Patol.
(>18 años)					
Cayuela	1990	1.230	Cataluña	2,5%*	
Becoña	1991	1.615	Galicia	1,6%	1,7%
Legarda, Babio Abreu	1992	598	Sevilla	5,2%	1,7%
Becoña, Fuentes	1994	1.028	Galicia	2,0%	1,4%
Irurita	1996	4.977	Andalucía	4,4%	1,8%
Tejeiro	1998	419	Algeciras	3,8%	1,9%
(<18 años)					
Arbinaga	1996	105	Huelva	6,7%	2,86%
Becoña, Gestal	1996	1.200	Galicia	4,9%**	2,23%
Villa, Becoña	1997	2.185	Asturias	4,7%**	1,6%
Vázquez Castro	1999	153	Canarias	5,3%	2,6%

*Mediante el SOGS: jugadores problema (J.Probl.) y patológicos (J.Patol.).

**Jugadores ocasionales

Si bien los estudios, como vemos, resultan escasos, en comparación a otras áreas de interés, este problema se acentúan cuando intentamos conocer más de cerca las características de la mujer jugadora. Este fenómeno ya lo puso de manifiesto Mark y Lesieur (1992) en su crítica feminista a la investigación del juego patológico; asumiéndose que la mujer jugadora no se diferenciaba de los hombres en este ámbito (Ettorre,

1989). Esto era así, debido a que los resultados tendían a generalizarse a partir de muestras que estaban compuestas principalmente, o de manera exclusiva, por hombres y cuando se consideraba a la mujer era en menor número que el grupo de varones (Mark, Lesieur, 1992). Esta tendencia parece que lentamente comienza a cambiar con trabajos sobre grupos de mujeres que pretenden conocer cómo responden a di-

versas variables de juego ya estudiadas en los varones (Coventry, Constable, 1999).

En nuestro país, el panorama es similar al internacional, se tiende a dar un dato global sobre prevalencia en función del sexo y, sin embargo, el bloque principal de la información suele presentarse de manera conjunta, sin tener presente las características específicas relacionadas con el sexo. Así, como ya hemos indicado, hay que considerar que existen diferencias relacionadas con el género en patologías clínicas (depresión, ansiedad...), de consumo de drogas etc.. aspectos éstos que presentan una alta comorbilidad con las alteraciones en las conductas de jugar. Todo ello, junto al hecho de que las mujeres suelen demandar tratamiento en menor número (Echeburúa, 1992; Ocho, Labrador, 1994) y aún existe una consideración del jugador como "vicioso", saliendo más perjudicada la mujer en tal consideración social (Villorria, 1999) hace que se vea como necesario aumentar el conocimiento que se tiene sobre la entidad nosológica de la que tratamos en el grupo de mujeres.

Partiendo de esta base, el objetivo que contemplamos es realizar una primera aproximación a la caracterización de la mujer con problemas en los juegos de apuestas. Así mismo, señalar como objetivo el de llevar a cabo un acercamiento a las relaciones entre el uso de drogas, la depresión y los problemas con el juego de riesgo en el grupo de mujeres que hemos tomado como referencia en el municipio de Punta Umbría (Huelva). En última instancia, el objetivo siempre es el de acercarnos a la realidad de un fenómeno poco estudiado de manera específica en un grupo poblacional tan relevante como el que tratamos.

Método

El trabajo se realizó en la población de Punta Umbría (Huelva). La provincia de Huelva presentaba una población censal de 452.822 personas (Instituto Nacional de Estadística, 1996). El municipio de Punta Umbría, por su parte, reflejaba una población de 10.888 personas, situándose entre los diez términos municipales de mayor población de la provincia ($n=79$), y pertene-

ciendo a una de las zonas, la de costa, que resulta en una de las de mayor densidad en habitantes. En el censo se puede observar que el 49,04% son mujeres y el 79,12% de la población es menor de 50 años.

El período durante el que se procedió a la recogida de la información fue el que medió entre el 2 de octubre y el 1 de noviembre de 1.999. Las horas sobre las que se trabajaba eran entre las 17:30 a 21:30. Durante las mañanas se actuaba sobre los colegios y el instituto. Hay que señalar que durante cinco días (del 16 al 20 de octubre) se realizaron entrevistas a domicilio por la mañana, especialmente para poder acceder a determinados grupos con ciertas edades (Arbinaga, 2000).

Para la recogida de información se realizó un muestreo estratificado, proporcional aleatorio, considerando el criterio de clasificación la edad y el sexo. El error establecido para la determinación del tamaño muestral es de $\pm 4\%$ ($e = 0,04$) y un nivel de confianza del 95,5% (Tagliacarne, 1962), esto hace que el número de personas requeridas para caracterizar a la muestra para una población como la comentada sea de 588 sujetos. Una vez recogida la información, la muestra quedó compuesta por 616 individuos, con edades comprendidas entre los 8 y los 79 años. Nosotros presentaremos los datos obtenidos en el grupo de mujeres y que resultaron ser un total de 308, con edades comprendidas entre los 8 y los 73 años. Dicha presentación nos podrá servir como una primera aproximación y base para el estudio posterior del fenómeno de referencia en el grupo de población indicado, aun siendo conscientes de las limitaciones que se nos presentan en la generalización de los resultados a todas las mujeres.

La recogida de información fue realizada mediante autoinformes. Los datos que se recogieron fueron: datos sociodemográficos, datos sobre juego, datos sobre uso de drogas y datos sobre depresión.

El uso de drogas se busco caracterizar mediante una pregunta de opción múltiple sobre el uso de ocho tipos de sustancias (porros, alcohol, alucinógenos, tabaco, cocaína, heroína, anfetaminas, tranquilizantes) y la frecuencia de uso (nunca he probado, he probado pero ahora no

consumo, actualmente varias veces al mes, actualmente varias veces a la semana, todos los días). Para el consumo de alcohol, en las adultas, además, se recurrió al Cuestionario Breve de Alcoholismo (Feuerlein, 1976). Rodríguez-Martos (1986) observa una sensibilidad del 97,1% y una especificidad del 87,1%, en su validación original, coincidiendo en un 97,1% con el diagnóstico efectuado con el Münchner Alkolismus Test (MALT) (Feuerlein, 1977) en el mismo grupo de sujetos. Para la muestra de alcohólicos la correlación entre ambos fue de 0,740 (alfa = 0,01) y en la muestra de no alcohólicos ésta fue de 0,418 a igual alfa (Rodríguez-Martos, 1986). Aceptando el punto de corte original (6 puntos) la versión castellana presenta una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%. Con un valor umbral de 5 puntos la sensibilidad y la especificidad se situarían en el 98%. Situando a este nivel el punto de corte, la eficacia diagnóstica (EF = Se + Sp) sería de 196 idéntica la obtenida con 6 puntos pero mayor sensibilidad. Entre sus aplicaciones se ha propuesto para estudios en grandes poblaciones presuntamente sanas (Rodríguez-Martos, 1986).

La información relativa a los juegos de apuesta se llevó a cabo en el grupo de adultas mediante el South Oask Gambling Screen (Lesieur, Blume, 1987) en su versión adaptada a la población española por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994). Su sensibilidad es del 100% y su especificidad es del 98% (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo, Páez, 1994). La versión para población española muestra que el coeficiente de fiabilidad test-retest (a cuatro semanas) fue de 0,98 ($p < 0,001$) La consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach en la muestra total de sujetos era del 0,94. En cuanto a la validez convergente se ha establecido una correlación biserial puntual entre las puntuaciones del SOGS y la existencia o no de juego patológico, dicha correlación es de 0,92 ($p < 0,001$) (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994).

En el grupo de menores la medición sobre las variables del juego se llevó a cabo con el SOGS adaptado a la población adolescente (SOGS-RA de Winters, Stinchfield y Fulker-

son, 1993) dicha versión aún se encuentra en fase experimental y los autores no aportan información sobre su capacidad para identificar y clasificar correctamente a los jugadores patológicos adolescentes, aunque ya se comienzan a ver estudios con tal instrumento como medida del juego en la población adolescente (Westphal, Rush, Stevens, 1998), para ampliar información sobre la evaluación, a través de distintos instrumentos, del juego patológico en adolescentes remitimos al lector al trabajo realizado por Secades y Villa (1998).

Por último, se les requería información sobre los tipos de juegos y las motivaciones que reconocían tener para jugar (para ganar dinero, para entretenerse, por que lo hacen los/as amigos/as, por las sensaciones obtenidas con el juego, para olvidarse de problemas o por que no pueden dejar de jugar una vez que han comenzado) siendo las posibles respuestas: siempre, casi siempre, 50% de las veces, pocas veces y nunca.

La depresión en las mujeres adultas se caracterizó sobre la base del Inventario para la Depresión de Beck (B.D.I.) (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). El equipo de Aaron Beck encuentra una consistencia interna media de 0,86 para pacientes psiquiátricos y de 0,81 para sujetos no psiquiátricos. Respecto a su validez concurrente informan de una correlación media con la Escala de Hamilton para la depresión de 0,73 para pacientes psiquiátricos y de 0,74 para sujetos no psiquiátricos. Con respecto a esta versión Vázquez y Sanz (1997, 1999) obtuvieron un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,65 a 0,72 y un alfa de Cronbach de 0,82.

Para el grupo de las menores se utilizó el Children's Depression Inventory (C.D.I.) (Kovacs, Beck, 1977). Los coeficientes alfa de Cronbach con muestras españolas varían de 0,79 (Frías, del Barrio y Mestre, 1991) a 0,92 (Polaino-Lorente, García-Villamizar, 1993) y con muestras extranjeras de 0,80 a 0,94 (Saylor, Finch, Spirito y Benet, 1984) mostrando consistencia interna satisfactoria (Mendez, 1999). El rango de fiabilidad test-retest oscila de 0,38 a 0,87 (Saylor, Finch, Spirito y Benet, 1984).

Por lo que a la validez se refiere, la prueba discrimina a niños con y sin depresión (Lovobits,

Handal, 1985). También correlaciona positivamente con otros autoinformes: 0,81 en Asarnow, Carlson (1985); 0,84 en Rotundo, Hensley (1985) y 0,44 en el trabajo de Weisman, Orvaschel, Padian (1980).

Resultados

Del trabajo realizado se desprende que el 6,2% de las mujeres presentarían algún problema con el juego de apuesta, en sus dos categorías, porcentaje muy inferior al reflejado por los varones (14,3%) (ver Tabla 3).

Tabla 3: Prevalencia del juego patológico en Punta Umbría (Huelva).

N=616 8-79 años.	Total	Sin Problemas	J.Probl.	J. Patol.
Mujeres	50%	93,8%	3,6%	2,6%
Hombres	50%	85,7%	9,1	5,2%

J.Probl.- Jugador con Problemas Leves.

J.Patol.- Probable Jugador Patológico.

Considerando el tipo de juego entre las jugadoras patológicas, mayores de 18 años, vemos que alguna vez han jugado en los 12 últimos meses a las Loterías (100%), el Bingo (100%) y las Máquinas Tragaperras (16,7%). Para las jugadoras con problemas leves se repiten las Loterías (100%), el Bingo (100%), las Máquinas Tragaperras (66,7%) y las Cartas (33,3%)

Si el grupo es el de las menores de 18 años veríamos que los juegos se reparten por igual en las preferencias entre las que pudieran presentar una probable patología y son: las Cartas (50%), Cara/Cruz (50%), Bingo (50%), Dados (50%) y Rascar Cartones (50%). Para las jugadoras con problemas leves dominan las Máquinas Tragaperras (75%) y Rascar Cartones (75%), seguidas de las Loterías (62,5%), el Bingo (50%), las Cartas (25%), los Dados (37,5%) y en el 12,5% de los casos reconocen haber jugado a Cara/Cruz alguna vez en el último año.

Si las respuestas a la motivación reconocida para jugar la agrupamos en dos posibles niveles

(Nunca o Alguna vez) veríamos que todas las jugadoras patológicas alegan jugar para ganar dinero o para entretenerse y un 75% lo haría alguna vez por las sensaciones obtenidas y otro 75% por que no puede dejarlo una vez que han comenzado a jugar. Un 62,5% de este mismo grupo reconocen hacerlo alguna vez para olvidarse de los problemas. En el caso de las mujeres con problemas leves con el juego las principales motivaciones siguen siendo, aunque en menor medida, las de entretenerse (81,8%), ganar dinero (72,7%), por que lo hacen los/as amigos/as (54,5%) y para olvidarse de los problemas (54,5%)

Si nos fijamos en las características sociodemográficas de las mujeres jugadoras veríamos que el 33,3% de las mujeres con problemas leves dicen estar casadas y el 66,7% solteras; estos porcentajes se invierten si hablamos del grupo de probables jugadoras patológicas, donde el 83,3% de las mismas reconocen encontrarse casadas y un 16,7% estar separadas o divorciadas. En la Tabla 4 realizamos un breve resumen de diversas variables, donde destacamos el bajo nivel formativo de las mujeres con problemas de juego y la temprana edad con la que se manifiestan las alteraciones con el juego.

Cuando buscamos la información sobre el uso de drogas (Tabla 5) destacan los datos de tabaco y alcohol. Para esta última sustancia medida con el C.B.A y en el grupo de las adultas veríamos que el 16,7% de las mujeres que pudieran considerarse como probables jugadoras patológicas serían consideradas con un probable alcoholismo. Con tal consideración veríamos también al 33,3% de las mujeres del grupo con problemas leves de juego y al 3,3% de aquellas que no presentarían ningún problema con las actividades de apuestas.

Por último, queremos señalar que cuando recogemos datos sobre alteraciones en el estado de ánimo éstos nos indican que el 37,5% de las mujeres con una probable patología y el 54,6% de las mujeres con problemas leves de juego puntuarían en depresión de forma moderada o grave (Tabla 6). Considerando las respuestas al ítem de suicidio de las escalas utilizadas nos llama la atención que el 12,5% de las jugadoras pa-

tológicas desearía suicidarse y el 37,5% lo ha pensado aunque no llegaría a hacerlo; este porcentaje es mayor para el grupo de los problemas leves.

Tabla 4: Características sociales de las mujeres jugadoras.

n=308	% Total	Sin Problema	J.Probl.	J.Patol.
Total		93,8	3,6	2,6
Edad				
8-9	2,9	2,8	9,1	-----
10-11	5,2	5,2	-----	12,5
12-13	4,9	4,8	9,1	-----
14-15	4,9	3,5	36,4	12,5
16-17	1,3	0,7	18,2	-----
18-22	11,4	11,4	18,2	-----
23-27	9,4	9,7	-----	12,5
28-32	9,4	10,0	-----	-----
33-37	9,7	8,7	9,1	50,0
38-42	10,1	10,7	-----	-----
43-47	5,8	5,9	-----	12,5
48-52	5,8	6,2	-----	-----
53-57	4,5	4,8	-----	-----
58-62	5,8	6,2	-----	-----
63-67	5,5	5,9	-----	-----
>67	3,2	3,5	-----	-----
Situación Laboral*				
Parada	8,8	8,8	33,3	-----
Activa	16,5	16,7	-----	16,7
Activa Baja	0,8	0,8	-----	-----
Jubilada/pensionista	2,8	2,9	-----	-----
Ama de casa	61,4	60,8	66,7	83,3
Estudiante	9,6	10,0	-----	-----
Ingresos mensuales.				
< 60.000	9,1	9,5	9,1	12,5
60.001-120.000	36,7	38,2	36,4	50,0
120.001-250.000	38,0	40,0	45,5	25,0
250.001-400.000	10,4	11,3	-----	12,5
> 400.000	1,3	1,1	9,1	-----
NS/NC	4,5			
Nivel de estudios*.				
Sin estudios	27,3	27,5	-----	33,3
Graduado escolar	46,2	45,0	100,0	66,7
Bachiller/COU	12,0	12,5	-----	-----
F. Profesional	6,4	6,7	-----	-----
Universitaria Med.	6,0	6,3	-----	-----
Universitaria Sup.	2,0	2,1	-----	-----

* Sólo para las mujeres > 18 años n= 249.

Tabla 5: Consumo de drogas y problemas con el juego en la mujer.

		% Total.	Sin Problema	J.Probl.	J.Patol.
Porros	Nunca	89,6	89,6	90,9	87,5
	Ahora no	8,8	9,0	-----	12,5
	Actualmente	1,6	1,4	9,1	-----
Alcohol	Nunca	28,9	29,8	9,1	25,0
	Ahora no	39,0	39,4	27,3	37,5
	Actualmente	32,1	30,8	63,7	37,5
Tabaco	Nunca	53,9	56,4	18,2	12,5
	Ahora no	14,6	13,8	27,3	25,0
	Actualmente	31,5	29,8	54,7	62,5
Cocaína	Nunca	98,4	98,3	100,0	100,0
	Ahora no	1,6	1,7	6,7	-----
	Actualmente	-----	-----	-----	-----
Anfetaminas	Nunca	98,7	98,6	100,0	100,0
	Ahora no	1,3	1,4	-----	-----
	Actualmente	-----	-----	-----	-----
Tranquilizantes	Nunca	71,4	72,7	90,9	-----
	Ahora no	20,8	20,1	-----	75,0
	Actualmente	7,7	7,3	9,1	25,0

Las sustancias que no se indican no se han consumido en los grupos de interés.

Tabla 6: Distribución de las jugadoras según BDI-CDI e ítem suicidio.

	% Total	Sin Problema	J.Probl.	J.Patol.
B.D.I-C.D.I				
Normal	70,1	73,4	27,3	12,5
Leve	19,2	18,3	18,2	50,0
Moderada	7,1	6,2	27,3	12,5
Grave	3,6	2,1	27,3	25,0
Suicidio (ítem nº 9)				
Sin Tendencia	87,7	90,3	45,5	50,0
Sólo lo Piensa	10,1	7,6	54,5	37,5
Desearía	2,3	2,1	-----	12,5

Discusión

Los resultados obtenidos no reflejan que el 93,8% de las mujeres podrían ser consideradas, si jugasen, como jugadoras sociales o recreativas, el 3,6% presentaría problemas leves con el juego

de apuesta y al 2,6% podríamos considerarla como una probable jugadora patológica. En este sentido sería necesario destacar las tempranas edades con las que se presentan los problemas con el juego, donde el 90,9% de aquellas mujeres que presentarían problemas leves con el juego

mantendrían una edad igual o inferior a los 22 años. Así mismo, hemos señalado el bajo nivel formativo y el peso que tiene el grupo de amas de casa entre aquellas que presentan algún problema en sus relaciones con el juego.

Los datos que hemos venido reflejando, a pesar de presentar ciertas limitaciones metodológicas para su generalización, ya que el grupo se extrae de una muestra mayor y representativa de la población general y no sólo de las mujeres, nos han de hacer pensar en líneas de investigación específicas centradas en las características de la mujer jugadora; ya que la literatura existente, en otras áreas del conocimiento, nos deja constancia de importantes aspectos diferenciales entre los sexos en muy diversas áreas clínicas y epidemiológicas, y sería de suponer que tales diferencias se vean reflejadas en los comportamientos relacionados con el juego manifestado por las mujeres.

Somos conscientes que estos datos han de entenderse como un primer acercamiento a la fenomenología del juego en este grupo poblacional, pero los mismos nos reflejan un nivel de problemática importante con graves consecuencias sociales, familiares y de salud para las interesadas. Máxime si consideramos que las estimaciones realizadas sobre el impacto de las adicciones en el entorno del adicto es de aproximadamente 10 personas afectadas, directa o indirectamente por el juego (Ocho, Labrador, 1994). Por otra parte, sería de suponer que en el caso de la mujer exista un cierto reparo para reconocer públicamente los niveles de problemática con el juego y ello haga que queden subestimadas, como grupo, en los estudios epidemiológicos

realizados hasta la fecha. Aquí, se destacaría el papel que se puede realizar desde los servicios de atención primaria para la detección de nuevos casos de forma breve, cómoda y económica, al disponerse de instrumentos en formato reducido (4 ítems) que permiten, con bastante rigor, discriminar a las jugadoras (Fernández-Montalvo, Echeburúa, Báez, 1995).

A la vista de los resultados encontrados pensamos en la necesaria atención que deben recibir problemas como el que tratamos en municipios pequeños o medianos, donde, por sus peculiares características, la oferta de juegos es amplia. Así mismo, veríamos conveniente el diseño de protocolos de actuación dirigidos a grupos específicos, que permita una asistencia global y generalizada a todo el espectro de patologías que pudieran asociarse al juego. Prestando especial atención a la evaluación de éste en los centros específicos de atención primaria, aprovechando la demanda para otras patologías que sabemos mantienen estrechas relaciones con la alteración que tratamos; y existiendo instrumentos breves y económicos (coste-tiempo) que discriminan adecuadamente a los casos.

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

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.). Washintong DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.R). Washintong DC:APA.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (IV). Washintong DC: APA.
- Arbinaga, F.(1996). El juego patológico en estudiantes menores de 18 años: incidencia, uso de drogas y variables asociadas. *Adicciones*, 8 (3), 331-348.
- Arbinaga, F. (2000, en prensa). *Juego con apuestas y juego patológico en el municipio de Punta Umbría: Estudio descriptivo*. Ayuntamiento de Punta Umbría (Huelva).
- Asarnow, J.R. y Carlson, G. (1985): The depression self-rating scale: Utility with child psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 491-499.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

- Becoña, E. (1991). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Paper presented at the Meeting of the Society for the Study of Gambling*. Londres.
- Becoña, E. y Gestal, C. (1996). El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. *Psicothema*, 8, 13-23.
- Becoña, E. y Fuentes, M.J. (1995). El juego patológico en Galicia evaluado con el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones*, 7, 423-440.
- Cayuela, R. (1990). *Characteristics and Situation of Gambling Addiction in Spain: Epidemiological and Clinical Aspects*. Eight International Conference on Risk and Gambling. Londres.
- Castro, J. (1999). Estudio de la proporción de jugadores patológicos en un grupo de menores, mediante el South Oaks Gambling Screen. El problema de los falsos positivos. *Psicología.com* Online 3, 1. <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1>.
- Coventry, K. y Constable, B. (1999). Physiological arousal and sensation-seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*, 94, 3, 425-430.
- Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*, 4, 7-20.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. y Páez, D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS). Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, nº 74, 769-793.
- Ettorre, B. (1989). Women and substance use/abuse: towards a feminist perspective or how to make dust fly. *Women's Studies International Forum*, 12, 593-602.
- Fernández-Montalvo, J.F., Echeburúa, E., Báez, C. (1995). El cuestionario breve de juego patológico (CBJP). Un nuevo instrumento de screening. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 76, 211-225.
- Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdethe (KFA). eine empirische analyse. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.*, 222, 139-152.
- Feuerlein, W. (1977). Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismus-test (MALT). *Med. Wschr.* 119, 1275-1282.
- Frías, D., Del Barrio, V. y Mestre, V. (1991). Children's Depression Inventory. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 7, 377-391.
- Instituto Nacional de Estadística (1996). *Censo Poblacional del año 1996*.
- Irurita, I. (1996). *Estudio Sobre la Prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía-FAJER.
- Kovacs, M. y Beck, A.T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J.G. Schulerbarandt, A. Raskin (Eds), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment and conceptual models*. New York: Raven Press.
- Legarda, J.J., Babio, R. y Abreu, J.M. (1992). Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.
- Lesieur, H.R. 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.
- Lovobits, D.A. y Handal, P.J. (1985). Childhood depression prevalence using DSM III criteria and validity of parent and child depression scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 45-54.
- Mark, M. y Lesieur, H. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87, 549-565.
- Mendez, F. (1999). *Depresión en la infancia y adolescencia*. Madrid: Fundación Universidad Empresa UNED.
- Ochoa, E. y Labrador, F. (1994). *El Juego Patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Polaino-Lorente, A. y García-Villamisar, D. (1993). *La depresión infantil en Madrid*. Madrid: Editorial AC.
- Rodríguez Martos, A. (1986). El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios *Fons Informatiu*. 2 julio 1986.
- Rotundo, N. y Hensley, V.R. (1985). The Children's Depression Scale: A study of its validity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 917-927.
- Saylor, C.F., Finch, A.J., Spirito, A. y Benet, B. (1984). The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 955-967.
- Secades, R. y Villa, A. (1998). *El juego patológico: prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Shaffer, H.J., Hall, M.N. y Vander Bilt, J. (1997). *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis*. Harvard Medical School Division on Addiction. December, 10, 1997.
- Tagliacarne, G. (1962). *Técnicas y práctica de las investigaciones de mercado*. Barcelona, Artiel.
- Tejeiro, R. (1998). El juego de azar en Algeciras (España). prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias*, 23, 1, 53-74.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.
- Vázquez, C., Sanz, J. (1999). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10 (1), 59-81.
- Villa, A., Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1997). Juego patológico con máquinas tragaperras en una muestra de escolares de Gijón *Adicciones*, 9, 195-208.
- Villoria, C. (1999). Estudio piloto sobre la percepción social de los juegos de azar entre los universitarios: factores ambientales en el juego patológico. *Psicología.com* Online 3, 1 <http://www.psiquiatria.com>
- Westphal, J.R., Rush, J.A. y Stevens, L. (1998). *Problem and Pathological Gambling Behaviors within Specific Populations in the State of Indiana*. (Gambling Behavior of Indiana Students in Grades Six through Twelve 1997-1998 School Year). Dpt. of Psychiatry Louisiana State University Medical Center-Sheveport, Louisiana.
- Weisman, M.M., Orvaschel, H. y Padian, N. (1980). Children's symptoms and social functioning self-report scales: Comparison of mother's and children's reports. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 736-740.

Winters K.C., Stinchfield R.D. y Fulkerson J (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale *Journal of Gambling Studies*, 9, 63-84.

(Artículo recibido: 10-5-2000, aceptado: 12-1-2001)