

Consumo de drogas y juego patológico en Punta Umbría (Huelva)*.

Arbinaga Ibarzábal, Félix

Psicólogo. Centro de Psicología Clínica

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

Resumen

Se presentan los resultados obtenidos en un estudio epidemiológico sobre el juego de apuesta y el juego patológico realizado en el municipio de Punta Umbría (Huelva). Los datos se recogieron sobre una muestra de 486 sujetos mayores de edad, utilizando el South Oaks Gambling Screen (SOGS), donde podemos observar que el 91,6% no presentaría problemas de juego, el 4,9% sería jugador con problemas leves y el 3,5% podría considerarse como probable jugador patológico. Tras describir distintas características sociodemográficas, ofrecemos información sobre frecuencia y uso de drogas en los jugadores. Destacamos que el 70,6% de los jugadores patológicos fuma y/o consume alcohol actualmente, y el 29,4% del grupo podría presentar problemas de alcoholismo, medido con el Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA).

Palabras clave

Juego patológico, Uso de drogas, Alcoholismo.

Summary

This paper is a presentation of the results which were obtained from an epidemical study on gambling and pathological gambling carried out in the town of Punta Umbría (Huelva-Spain). It shows the data collected from a sample of 486 subjects who are over 18, using the South Oaks Gambling Screen (SOGS), where it can be observed that 91,6% do not present any gambling problems, 4,9% are would be gamblers with slight

Correspondencia a:

Félix Arbinaga Ibarzábal.

Centro de Psicología Clínica.

C/. José Farina, 56 -5ºc • Huelva - 21006 • Tel.: 959 25 14 88



problems and 3,5% could be classified as probable pathological gamblers. After describing different sociodemographic characteristics, information about the frequency and use of drug by gamblers can be offered. It can be noted that 70,6% of the pathological gamblers smoke and/or consume alcohol at present and 29,4% of the group could present problems of alcoholism measures on the Brief Questionnaire of Alcoholism (CBA).

Key words

Pathological gambling, Use of drugs, Alcoholism.

Résumé

Nous présenterons les résultats obtenus dans une recherche épidémiologique sur les jeux de hasard et les jeux pathologique réalisés dans la commune de Punta Umbría (Huelva-Espagne). Les faits ont été pris sur un échantillon de 486 individus émancipés, en utilisant le South Oaks Gambling Screen (SOGS) où nous pouvons observer que 91,6% ne présenterait pas de problème ludique, 4,9% serait joueur avec de légers problèmes et 3,5% pourrait se considérer comme un sujet ludopathe. Après la description des différentes caractéristiques socio-démographiques nous offrons des informations sur la fréquence et l'emploi des drogues chez les ludopathes. Nous soulignons que 70,6% des ludopathes fument et/ou boivent actuellement de l'alcool et 29,4% du groupe pourrait présenter des problèmes d'alcoolisme selon le Bref Questionnaire d'Alcoolisme (CBA).

Mots clé

Jeu pathologique, emploi de drogues, alcoolisme.

INTRODUCCION

Está bien documentado que, desde 1.936, el juego ha experimentado un continuo y rápido crecimiento en la mayoría de los países (Frey, Eadington, 1984; McMillen, 1996). Una causa para este crecimiento que ha sido compartida por diversos autores (Cornish, 1978; Connors, 1983; Dickerson, 1984; Orford, 1985) es la disponibilidad de los juegos. Sin embargo, la afirmación de que el rápi-

do crecimiento del juego es atribuible a la legalización y a la accesibilidad al juego, puede ser considerado falso o al menos incompleto; ya que toda actuación sería inútil si no hubiera un deseo de jugar por parte de la gente. Incluso en las sociedades donde el juego ha sido prohibido éste ha florecido (Dixon, 1996).

Para Ladoucer y Walker (1998) la naturaleza esencial del juego es que el dinero (o su



equivalente) se arriesga en el incierto resultado de un evento, sujeto a ciertas condiciones: a) el juego ocurre en un contexto de grupo donde después de los costos, tasas y ganancias, el dinero apostado por los perdedores es redistribuido a los ganadores y b) la redistribución del dinero es independiente de cualquier otra empresa comercial relacionada con el evento de jugar.

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) (APA, 1980). En ella, los criterios diagnósticos del juego patológico aparecen reflejados entre los trastornos de control de impulsos no clasificados en otras categorías o trastornos residuales. El rasgo básico que caracteriza al jugador patológico es «un fracaso crónico y

progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y de la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales» (APA, 1987, 388). En 1987, cuando se publica la revisión del Manual (D.S.M.III-R) se producen cambios importantes en la consideración que del juego patológico se tiene, centrando el interés en aspectos como los síntomas fisiológicos de la abstinencia y tolerancia. Por su parte, la cuarta versión del DSM (APA, 1995) mantiene que la característica esencial del juego patológico «es un comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente» y se han de cumplir al menos cinco de los ítems indicados en la Tabla 1.

Las definiciones dadas en las distintas versiones del DSM asumen que en la población existen, al menos, dos tipos de jugadores: los sociales y los patológicos. Mientras los primeros serían aquellos que juegan esporádicamente y tienen control sobre su

TABLA 1: Criterios diagnósticos del juego patológico en el D.S.M.IV. (APA, 1995).

- 1.- Preocupación por el juego.
- 2.- Necesidad de jugar con las 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 cometen 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.



conducta, los jugadores patológicos se caracterizarían por jugar frecuentemente y sin control de su conducta de juego. Shaffer, Hall, Vander (1997) agrupan a los jugadores en tres niveles, que bien pudieran representar un continuo de incremento en las conductas de jugar y los problemas asociados. Nivel 1.- juego social o recreacional sin consecuencias significativas. Nivel 2.- juego con problemas moderados y Nivel 3.- conductas de juego que resultan en múltiples problemas y es consistente con los criterios del DSM. Por su parte, Ochoa y Labrador (1994) proponen cuatro grupos de jugadores: los jugadores sociales, los jugadores profesionales, los jugadores problemas y jugadores patológicos (adicto y dependiente, respectivamente, en la terminología de Irurita, (1996).

Hoy en día hay que reconocer que aún no se dispone de datos concluyentes en el estudio de la personalidad de los jugadores, no hay una evidencia empírica ni teórica que permita caracterizar a éstos como grupo homogéneo (Fernández, Echeburúa, Báez, 1999). Entre otras cuestiones sobre las que se ha trabajado destaca el constructo de búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1979; Brown, 1993). Por su parte, y dada la alta incidencia de antecedentes familiares de ludopatía observada en muestras clínicas de jugadores patológicos (20%-35%, si se considera a familiares de primer grado y/o segundo grado respectivamente) se está desarrollando la investigación genética para determinar cuáles son los genes candidatos específicos del trastorno como así ocurre en otras adicciones (Cadoret et al., 1995; Saiz; Ibañez, 1999).

Entre los rasgos clínicos se ha podido constatar que los jugadores patológicos obtienen

puntuaciones superiores en depresión a las de la población control y una mayor presencia de acontecimientos vitales significativos y con episodios de depresión mayor si se evaluaban retrospectivamente (Roy, Ardinoff, Roehrich, Lamparski, Custer, Lorenz, 1988; McCormick, 1993; Becoña, 1993; Becoña, Lorenzo, Fuentes, 1996; Crockford, el-Guebaly, 1998). Al igual que con los estados afectivos, y relacionado con ellos, parece que se dan ciertas coincidencias entre actividades de juego y el suicidio (Phillips et al., 1997).

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

Pero junto a este tipo de alteraciones que sufren los jugadores podemos observar un



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

Las principales fuentes de información epidemiológica, en la literatura internacional, las encontramos en los trabajos procedentes de EEUU, Canadá, Australia y países avanzados de Europa, Reino Unido, Alemania, Francia (Gallup, 1976; Meyer, 1986; Dickerson,

Hinchey, 1988; Volberg, Steadman, 1988; Volberg, 1990; Ladoucer, 1991; Shaffer, Hall, 1996; Shaffer y cols., 1997; National Opinion Research Center, 1999; entre otros). Por parte de nuestro contexto más cercano, y al mismo nivel de análisis global, destacan diversas investigaciones sobre la incidencia del juego en las Comunidades Autónomas de Andalucía (Legarda; Babio, Abreu, 1992; Irurita, 1996; Tejeiro, 1998), Galicia (Becoña, Fuentes, 1995; Becoña, 1991) y en Cataluña (Cayuela, 1990).

En el ámbito internacional la tasa de prevalencia del juego patológico en la población adulta se sitúa entre el 2%-3%, según lo manifestado en el DSM-III-R (APA, 1987) y el 0,5%-3% según otros estudios realizados (Allcock, 1986; Volberg y cols. 1988). A partir del meta-análisis realizado por Shaffer, Hall y Bilt en el año 1997, de los estudios realizados entre el año 1988 y 1997, en los Estados Unidos y Canadá, se encuentra que la pre-

TABLA 2: Estudios en España sobre la prevalencia del juego patológico en adultos

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

Tomado de Becoña (1999)

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



valencia, a lo largo de la vida de jugadores patológicos (nivel 3) a través de la información reportada en 18 estudios, se mueve en el rango de entre el 0,1% y el 3,1%, con una media de 1,5%. La estimación combinada de los problemas de juego y la prevalencia de los probables patológicos (nivel 2 y 3) se sitúa entre el 2,3% y el 12,9%, sobre 15 estudios, y con una media del 5,4%.

En 1986, la Comisión Nacional del Juego publica en nuestro país «El Libro Blanco del Juego» donde se pone de manifiesto que el 79,2% de los mayores de 16 años reconoce jugar en mayor o menor medida, perfilándose un jugador tipo. Estudios más recientes, desde el año 1990, nos mantienen en niveles de incidencia poblacional entre valores que oscilan, para jugadores problema del 1,6% (Becoña, 1991) al 5,2% de Legarda et al. (1992) y, para jugadores patológicos del 1,4% encontrado por Becoña y Fuentes (1995) al 1,9% de Tejeiro (1996). En la Tabla 2 se reflejan los estudios más destacados de nuestro país sobre este grupo de población mayor de 18 años, manteniendo la diferenciación en los dos tipos de jugadores referidos.

En Andalucía, los datos de Irurita (1996) nos reflejan que el 1,8% del conjunto de la población probablemente sea jugadora patológica frente al 4,4% que mantendría problemas con el juego. Considerando los resultados obtenidos en las tasas por tipo de jugador para cada provincia destacan las zonas de Cádiz (11,5%), Málaga (8,3%) y Jaén (7,2%). Por su parte, Huelva presentaría un 4,2% en ambas categorías situándonos en la sexta provincia de nuestra comunidad.

Revisando los datos vemos más hombres que mujeres jugadoras, en torno a 2-3 hom-

bres por cada mujer (Echeburúa, 1992; Ochoa, Labrador, 1994; Tejeiro, 1998) y los 9:1, de hombres frente a mujeres, referidos por Irurita (1996). Estos porcentajes varían según el tipo de juego considerado (Becoña, 1993; Irurita, 1996), y la gravedad de los problemas (Tejeiro, 1998).

Considerando la edad, como variable de relevancia, se observa una ruptura con la supuesta imagen del jugador adulto. Los datos disponibles nos revelan que en la franja de edad 18-35 años la mayor parte de los jugadores con problemas (Tejeiro, 1998; Becoña, 1991; Legarda et al., 1992; Irurita, 1996; Tejeiro, 1998). En este sentido ya existen trabajos específicos sobre grupos de adolescentes o jóvenes menores de edad (Arbinaga, 1996; Becoña, Gestal, 1996; Villa, Becoña, Vázquez, 1997; Castro, 1999) donde se ofrecen datos que van desde el 1,6% al 2,9% como jugadores patológicos, aunque habría que decir que existentes diferencias entre los estudios en cuanto a la utilización de instrumentos, intervalos de edad considerados etc.

Refiriéndonos al estado civil se nos dice que dominan los casados sobre el resto de los grupos (Legarda y cols, 1992; Becoña, 1993; Irurita, 1996; Tejeiro, 1998). En Andalucía, los datos indican que el 51,7% de los casos de jugadores patológicos son trabajadores en activo, el 22,0% se encuentran parados y el 8,8% son estudiantes; frente a los jugadores problema que se manifiestan en el 59,6% de los casos como amas de casa, el 10,9% como personas en activo con baja laboral y el 5,4% son estudiante (Irurita, 1996). En cuanto al nivel de estudios alcanzado por los sujetos entrevistados podemos decir que en general



todos los trabajos tienden a coincidir en que tanto los jugadores problemas como los probables jugadores patológicos suelen situarse en unos niveles de estudio de tipo primarios Legarda et al., 1992, Becoña, 1993, Irurita, 1996, Tejeiro, 1998).

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

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

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

Decir, que en términos generales cuando se hace un resumen de las características so-

ciodemográficas del jugador en nuestro país (Becoña, 1999) éste suele coincidir con lo encontrado en los EEUU (National Opinion Research Center, 1999; Volberg, 1993) y Canadá (Ladouceur, 1991).

MATERIAL Y MÉTODO.-

Entre los objetivos que contemplábamos al inicio de este trabajo podíamos ver el aportar datos que permitan ampliar cuantitativamente y cualitativamente la información sobre la adicción al juego en nuestro país. Conocer la prevalencia en el consumo de juegos de apuesta, y específicamente la del juego patológico, en el municipio de Punta Umbría para servir de base al diseño de protocolos de intervención, tanto preventivos como asistenciales.

Por ello, dado el interés del estudio y el mantener un carácter de aproximación, utilizaremos un diseño descriptivo, de carácter transversal, localizando como variable criterio de clasificación, que caracterizará al grupo de referencia, los resultados al instrumento de evaluación sobre conductas relacionadas con el juego de apuestas.

INSTRUMENTOS

Para llevar a cabo la recogida de información se confeccionó una hoja de respuesta compuesta de diversos instrumentos, según lo que se pretendía medir. Dado que sólo presentamos los datos de los adultos, señalamos que la hoja de respuesta para éstos se compuso de los siguientes bloques temáticos (siempre se indicaba el período temporal de referencia):



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

El primero de los bloques, aportaba información sobre datos sociales básicos del entrevistado: sexo, edad, estado civil, situación laboral, ingresos, gente con la que convive, nivel de estudios y profesión, entre otras cuestiones. Aquí se decidió introducir una pregunta sobre si conocía el hecho de que alguna de las personas con las que convivía jugaba apostando, la intención fue la de unificar las preguntas sobre las persona con las que compartía la vivienda.

El segundo de los bloques (últimos doce meses) se compuso de la versión adaptada a la población española del South Oaks Gambling Screen realizada por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez en el año 1994. A dicho cuestionario se le añadió una pregunta, que se valoraba de manera independiente, y donde se nos permitía establecer si el sujeto se había visto obligado a robar o a desviar el dinero de otros fines hacia el juego.

Como decimos, los datos relativos al juego se obtienen mediante la adaptación del Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS) de Lesieur y Blume (1987). Instrumento de screening que identifica de mane-

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

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

Entre las características de la versión para población española señalamos que el coeficiente de fiabilidad test-retest (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo, Páez 1994) 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 ($p < 0,001$). En cuanto a los puntos de corte, si se acepta el propuesto por la versión original (5 puntos), la sensibilidad sería del 95% y la especificidad del 98%. Ahora bien, si en los estudios de screening primamos la sensibilidad sobre la especificidad, de modo que se reduzcan los falsos positivos-negativos llegamos a que con un corte sobre 4 puntos se consigue que la sensibilidad y la especificidad sean del 100% y del 98% respectivamente. De este modo la eficacia diagnóstica sería del 98%, es decir, la misma que con un corte de 5 puntos pero con una mayor sensibilidad (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo, Páez 1994).

Para ampliar información sobre las características específicas del instrumento adaptado a la población española remitimos a Echeburúa et al. (1994) y Echeburúa (1994). Y para revisar algunas dificultades en su uso puede consultarse a Dickerson (1985), Culleton (1989), Solonsch (1989), Dickerson (1993) y al National Research Council (1999).

El tercero de los bloques (doce últimos meses) se organizó en torno a seis preguntas sobre diversas motivaciones alegadas para jugar (para ganar dinero, por que lo hacen mis amigos, para entretenerme, por las sensaciones, para olvidar problemas porque no puedo dejar de jugar cuando empiezo), dicho bloque de preguntas tenía como opciones de respuesta desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre) y fue tomado de Irurita (1996).

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

En el C.B.A. no se establecen niveles diagnósticos, pero sí, a partir de los puntos de corte, se deja indicado una diferenciación entre alcoholismo y no-alcoholismo. Rodríguez-Martos (1986) observa una sensibilidad del 97,1 y una especificidad del 87,1%, en su validación original, coincidiendo en un 97,1% con el diagnóstico efectuado con el Münchner Alkoholismus Test (MALT) en el mismo grupo de sujetos (Feuerlein, 1977). Para la muestra de alcohólicos la correlación entre ambos fue de 0,740 ($\alpha = 0,01$) y en la muestra de no alcohólicos ésta fue de 0,418 a igual α . Aceptando el punto de corte original (6 puntos) la versión castellana presenta una sensibilidad del 96% y una especificidad del 100%. Con un valor umbral de 5 puntos la sensibilidad y la especificidad se situarían en el 98%. Situando a este nivel el punto de corte, la eficacia diagnóstica ($EF = Se + Sp$) sería de 196 idéntica la obtenida con 6 puntos pero mayor sensibilidad. Entre sus aplicaciones se ha propuesto para estudios en grandes poblaciones presuntamente sanas (Rodríguez-Martos, 1986).

El segundo de los cuestionarios utilizados en este apartado es el Inventario para la Depresión de Beck (B.D.I.) (Beck et al., 1979). Con él se encuentra una consistencia interna media de 0,86 para pacientes psiquiátricos y de 0,81 para sujetos no psiquiátricos (Kendall



et al., 1987). Con respecto a esta versión Vázquez y Sanz (1991) obtuvieron un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,65 a 0,72 y un alfa de Cronbach de 0,82. Para ampliar información sobre el Inventario de Depresión de Beck en grupos de población española remitimos a los trabajos de Sanz (1994), Sanz y Vázquez (1998), Vázquez, Sanz (1997, 1999).

El último de los bloques (últimos seis meses) se compuso de 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), una sobre intensidad en el consumo de tabaco (nº cigarrillos/día), edad de inicio al consumo y latencia en el primer cigarrillo del día.

MUESTRA

El estudio que presentamos ha sido realizado en el municipio de Punta Umbría, provincia de Huelva. Su ubicación dentro de la provincia, en la zona sur, centro de la costa, la convierten en una demarcación geográfica privilegiada para el turismo y el ocio. Junto al turismo, el municipio se caracteriza, en el conjunto de la provincia, por el desarrollo de una actividad productiva inmersa en el ámbito de la pesquería (Serna, 1996).

La provincia de Huelva en 1996, 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 (ésta cuenta con 79 municipios), y perteneciendo a una de las zonas, la de costa, que resulta en una de las de mayor densidad en habitantes. En el censo se puede observar que el 49,04% son mujeres y el 79,12% es menor de 50 años.

Para la recogida de información se realizó un muestreo estratificado, proporcional aleatorio, considerando el criterio de clasificación la edad y el sexo. El margen de error establecido para la determinación del tamaño muestral es de 4% y un nivel de confianza del 95,5% (Tagliacarne, 1962; García, 1989), esto hace que el número de personas requeridas para caracterizar a la muestra para una población como la comentada sea de 588 sujetos. Una vez recogida la información, la muestra quedó compuesta por 616 individuos, con edades comprendidas entre los 8 y los 79 años. Nosotros presentaremos los datos que se obtuvieron en la población mayor de 17 años. Ésta se compuso de 486 personas (51,2% mujer y 48,8% varón).

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

PROCEDIMIENTO

La recogida de información fue realizada por un total de cinco personas, cuatro estudiantes de psicología de la UNED y el coor-



dinador, identificadas con una autorización municipal. Todos se sometieron a cinco sesiones de formación sobre: juego, instrumentos, metodología de trabajo, instrucciones etc..

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

La información en el grupo de adultos (n=486) se recogió mediante entrevistas en el domicilio del sujeto. Para ello, una vez estratificada la población según sexo y edad (grupos de cinco años) y seleccionado el tamaño y composición de la muestra bajo tales criterios, se procedió a sectorializar el municipio. Los sectores se repartieron entre los encuestadores de manera aleatoria. En cada sector se procedió a seleccionar las calles sobre las que se iba a recoger la información, para ello el criterio seguido sobre el plano-callejero fue dejar una calle blanca entre dos seleccionadas. Una vez situados en el inicio de la calle objetivo y seleccionado el primer número de portal, que coincidiese con el carácter par-impar del minuterio en aquel momento, se procedía al primer contacto (por ejemplo, si eran las 18:28 horas se comenzaba por el portal número par; y se accedía a los pisos impares; si la hora era impar

se llegaba al portal impar y se accedía a los pisos pares).

En la toma de contacto inicial, y tras una presentación genérica unificada, si la persona accedía a cumplimentar la entrevista se procuraba mencionar los diversos tipos de juego y ello lo valoramos como importante ya que considerábamos que determinadas actividades (cupones ONCE, bono-loto, quinielas etc) no suelen ser consideradas, de manera general, como juegos de apuesta o bien no suelen percibirse como posibles fuentes de problemas, y tienden a no clasificarse entre las actividades consideradas como tales, y que la gente suele limitar al bingo, cartas, máquinas tagaperras etc.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la evaluación de la prevalencia de las conductas de juego en el grupo de los adultos nos muestran que el 91,6% eran sujetos que no tendrían problemas con el juego, si jugasen hablaríamos de ellos como jugadores sociales. El 4,9% mantendría problemas leves con el juego y el 3,5% podríamos clasificarlo con mucha probabilidad como jugador patológico. En la Tabla 3 resumimos las principales características sociodemográficas de la muestra. En ella podemos observar el fuerte incremento que se refleja en lo que representan las mujeres dentro de las categorías de problemas con el juego cuando se pasa del grupo de problemas leves al de probable patología.

Como podemos ver el 29,4% de los jugadores patológicos tienen entre 18 y 27 años,



TABLA 3: Distribución del tipo de jugador según características sociodemográficas.

n=486	%	Total	Sin problema	J. Problema	J. Patológico
Sexo			91,69	4,9	3,5
Varón		48,8	46,1	87,5	64,7
Mujer		51,2	53,9	12,5	35,3
Edad					
18-22		15,6	16,2	8,3	11,8
23-27		11,5	11,7	4,2	17,6
28-32		10,7	11,0	12,5	-----
33-37		11,5	10,6	12,5	35,3
38-42		10,7	11,2	8,3	-----
43-47		8,2	7,9	8,3	17,6
48-52		7,4	6,7	16,7	11,8
53-57		6,0	6,3	4,2	-----
58-62		7,0	7,2	8,3	-----
63-67		6,6	7,0	4,2	-----
>67		4,7	4,3	12,5	5,9
Estado Civil					
Casado		64,8	64,3	75,0	64,7
Soltero		28,4	29,0	16,7	29,4
Separado/divorciado		3,3	2,9	8,3	5,9
Viudo		3,5	3,8	-----	-----
Situación Laboral					
Parado		11,5	11,9	12,5	-----
Activo		32,9	32,1	45,8	35,3
Activo baja		2,5	1,8	12,5	5,9
Jubilado/pensionista		10,1	9,2	20,8	17,6
Ama de casa		31,9	33,3	8,3	29,4
Estudiante		11,1	11,7	-----	11,8
Ingresos mensuales					
<60.000		8,4	8,5	-----	17,6
60.001-120.000		35,0	36,0	20,8	29,4
120.000-250.000		38,3	38,9	33,3	29,4
250.001-400.000		17,5	16,2	41,7	17,6
>400.000		0,8	0,4	4,2	5,9
Nivel de estudios					
Sin estudios		23,7	23,4	16,7	41,2
Graduado escolar		40,9	40,4	58,3	29,4
Bachiller/COU		15,0	15,1	16,7	11,8
F.Profesional		8,4	9,0	-----	5,9
Universitario Medio		9,5	9,4	8,3	11,8
Universitario Superior		2,5	2,7	-----	-----



frente al 12,5% que representan dichas edades en el grupo de problemas leves. El intervalo de edad dominante (35,3%) entre los jugadores patológicos es el de 33-37 años; sin embargo, en los problemas leves la distri-

bución es mayor y destaca ligeramente (16,7%) el grupo 48-52 años.

De manera resumida podemos decir que la principal motivación alegada por el jugador patológico es la de ganar dinero (94,1%),

TABLA 4: Consumo de drogas y problemas de juego.

n=486	%	Total	Sin problema	J. Problema	J. Patológico
Total			91,69	4,9	3,5
Porros					
Nunca	80,9	81,1	87,5	64,7	
Ahora no	15,2	15,3	8,3	23,5	
Actualmente	3,9	3,6	4,2	11,8	
Alcohol					
Nunca	13,2	14,4	----	----	
Ahora no	32,1	33,7	4,2	29,4	
Actualmente	54,1	51,9	95,8	70,6	
Alucinógenos					
Nunca	96,1	96,6	95,8	82,4	
Ahora no	3,9	3,4	4,2	17,6	
Actualmente	----	----	----	----	
Tabaco					
Nunca	36,6	39,1	4,2	17,6	
Ahora no	17,1	17,5	12,5	11,8	
Actualmente	46,4	43,3	83,4	70,6	
Cocaína					
Nunca	94,7	95,3	95,8	76,5	
Ahora no	5,3	4,7	4,2	23,5	
Actualmente	----	----	----	----	
Heroína					
Nunca	99,0	99,6	100,00	82,4	
Ahora no	1,0	0,4	----	17,6	
Actualmente	----	----	----	----	
Anfetaminas					
Nunca	97,1	97,5	100,00	82,4	
Ahora no	2,9	2,5	----	17,6	
Actualmente	----	----	----	----	
Tranquilizantes					
Nunca	75,1	75,5	91,7	41,2	
Ahora no	18,5	18,2	4,2	47,1	
Actualmente	6,3	6,4	4,2	11,8	



seguida de jugar para entretenerse (88,2%), a continuación se alega jugar por las sensaciones obtenidas (82,4%), la influencia de los amigos y el no poder dejarlo se emparejan con el 64,7% y se termina con la de jugar para olvidar los problemas (52,9%). En el caso de los jugadores con problemas leves se observan algunas diferencias en la ordenación de los motivos reconocidos.

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

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

Si a los sujetos les demandamos información sobre el uso de sustancias, podemos ver

que de los 486 adultos el 95,9% reconoce que, en los últimos seis meses, ha probado alguna vez al menos dos drogas distintas. Entre los jugadores patológicos el 52,9% reconoce el uso de dos sustancias, el 23,5% una y el 11,8% ninguna y otro tanto para cuatro sustancias diferentes.

Concretando el tipo de sustancia que se reconoce como consumida (Tabla 4) observamos que entre los jugadores patológicos hay cuatro sustancias, que con una u otra frecuencia se consumen actualmente (alcohol, tabaco, porros, tranquilizantes), destacando sobre el resto el consumo de tabaco y alcohol; el alcohol es la sustancia que más se ha probado, seguido del tabaco con el 82,4% de los jugadores patológicos. Entre estos jugadores habría que señalar el alto porcentaje registrado que dicen haber consumido cocaína y que ahora no lo hacen.

Entre los jugadores con problemas leves el 95,8% consume actualmente alcohol y un 83,4% tabaco, aunque se observa un menor consumo de tranquilizantes. De manera general podemos observar que los jugadores con una probable patología han usado un mayor número de drogas, sin embargo en el caso del tabaco y el alcohol los mayores consumos se da en el grupo de los sujetos con problemas leves.

Como vemos, las principales sustancias entre los jugadores, al igual que en el resto de la población, son el tabaco y el alcohol. Si nos acercamos a la intensidad en el consumo de tabaco o cantidad de cigarrillos fumados en el día, los sujetos probables patológicos en un 64,7% dicen fumar más de 11 ciga-

**TABLA 5:** Distribución de los jugadores según resultados B.D.I. y C.B.A.

n=486	%	Total	Sin problema	J. Problema	J. Patológico
Total			91,6	4,9	3,5
B.D.I. (Depresión)					
Normal	79,2	80,4	79,2	47,1	
Leve	14,0	12,6	20,8	41,2	
Moderada	4,9	4,9	-----	11,8	
Grave	1,9	2,0	-----	-----	
C.B.A (Alcoholismo)					
Improbable	93,0	94,2	87,5	70,6	
Probable	7,0	5,8	12,5	29,4	

rillos, un 35,3% más de 20. Entre los jugadores con problemas leves estos porcentajes quedan en el 66,6% y en el 33,3% respectivamente. Por lo que respecta a la edad de inicio el 83,3% de los jugadores con problemas leves dicen que su comienzo como fumador fue entre los 15 y los 18 años; sin embargo, los jugadores patológicos, en un 41,2% dicen haberlo hecho entre los 10 y los 14 años, y en un 23,5% entre los 15 y los 18.

Si les preguntamos por el tiempo que tardan en encender un cigarrillo desde que se levantan podemos reseñar que en los jugadores patológicos se observan dos picos con el 23,5%, en el grupo de menos de cinco minutos y en el de más de 30 minutos. El resto, 23,6% se agruparía entre 5 y 30 minutos (siendo dos grupos). Para los jugadores con problemas leves se puede ver que en el 58,3% el tiempo que media entre despertarse y encender el cigarrillos es de 15 a 30 minutos o más.

Por último, haremos una breve referencia a los resultados obtenidos en el Cuestiona-

rio Breve de Alcoholismo. En el conjunto de la muestra el 7,0% podía presentar un probable alcoholismo. Entre los sujetos sin problemas de juego este porcentaje representaba al 5,8%, aumentando hasta el 19,51% en el caso de la combinación de los sujetos con problemas de juego en sus dos categorías (Tabla 5).

No queremos dejar sin constatar los resultados obtenidos en el inventario de depresión, así en la Tabla 6 los hemos indicado. Éstos nos muestran que dentro del grupo de probables jugadores patológicos es donde mayor es la representación de sujetos con alteraciones en el estado de ánimo, con un 11,8% que puntúa por encima de los 18 puntos en el BDI, frente al 6,9% de los sujetos que no presentan problemas con el juego y ninguno en los que manifiestan problemas leves.

Si concretamos los resultados obtenidos por los jugadores patológicos, teniendo presente las puntuaciones en el B.D.I. y en el C.B.A., destacaríamos que el 8,3% de los que



puntúan en depresión en la categoría de moderada podrían tener un probable alcoholismo y el 1,5% de los casos con depresión leve, esto bajaría al 0,5% de los que han puntuado como normales en el estado afectivo. Por último indicar que el 5,9% de los sujetos con una probable patología de juego explicitan que llegarían a suicidarse si tuvieran la oportunidad para ello.

CONCLUSIONES

Los datos nos reflejan que, considerando el conjunto de los mayores de 17 años ($n=486$), al 91,6% podemos considerarlos como personas sin problemas de juego, el 4,9% tendría problemas leves con el juego y el 3,5% estaría en el grupo de una probable patología.

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

entre el 0,1% y el 3,1%, con una media del 1,5%.

Por otra parte, cuando observamos nuestros datos en relación con los recogidos en entornos más próximos (Legarda, Babio, Abreu, 1992; Irurita, 1996; Tejeiro, 1998) se observan que para la combinación de ambas categorías de problemas con el juego tendríamos a un 6,9% de los sujetos muestreados en la ciudad de Sevilla, a un 5,7% de los sujetos en la ciudad de Algeciras y a un 6,2% en el conjunto de la comunidad de Andalucía. Estos datos globales aumentan considerablemente en el trabajo de Irurita (1996) si revisamos la información de las dos categorías de problemas con el juego unificadas para las ciudades de Cádiz (11,5%), Málaga (8,3%) y Jaén (7,2%).

Esto nos hace pensar que nuestros datos aun siendo altos, especialmente en el grupo de los menores, se mantendrían dentro de las franjas superiores de la información que se nos ha reportado en trabajos de nuestro entorno cultural más próximo y especialmente en la comunidad autónoma de Andalucía; además de encuadrarse dentro de los niveles informados a un nivel internacional para grupos específicos.

Realizando un breve repaso a los datos obtenidos, y considerando ciertas limitaciones ya que sólo presentamos los datos de los adultos, vemos que los hombres presentan mayores problemas con el juego, en línea con los trabajos ya mencionados. Si hablamos del estado civil coincidimos con los del resto de autores (Becoña, 1993; Irurita, 1996; Tejeiro, 1998) en que los casados represen-



tan la mayoría de los jugadores patológicos. Por el contrario, no hemos detectado a viudos/as.

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

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

El 11,8% de los jugadores patológicos superan los 18 puntos en el BDI, llegándose al 23,5% que tendría pensamientos de suicidio, deseos o lo intentarían si tuvieran la oportunidad. Por último, añadir que el 70,6% de este mismo grupo consumiría tabaco y/o alcohol. Llegándose al 29,4% que pudieran presentar algún grado de alcoholismo entre los jugadores que probablemente sean patológicos. Datos estos sobre el consumo de alcohol similares a los reportados por Rodríguez-Martos (1987) o Irurita (1996).

A la vista de los resultados encontrados pensamos en la necesaria atención que deben recibir problemas como el que tratamos en municipios pequeños o medianos, donde, por sus peculiares características, la oferta de juegos es amplia. Así mismo veríamos conveniente el diseño de protocolos de actuación dirigidos a grupos específicos, que permita una asistencia global y generalizada a todo el espectro de patologías que pudieran asociarse al juego. Prestando especial atención a la evaluación de éste en los centros específicos de asistencia a drogodependientes.

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. Y 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.

BIBLIOGRAFÍA

Allcock, C.C. (1986). Pathological Gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 20, 259-265.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.). Washintong DC. APA.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd.ed.R). Washintong DC. APA.



- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (IV)*. Washintong DC. APA.
- Arbinaga, F. (1996): El juego patológico en estudiantes menores de 18 años: incidencia, uso de drogas y variables asociadas *Adicciones*. 8,3,331-348.
- Beck, A.T.; Rush, A.J; Shaw, B.F.; Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. N.Y. Guilford Press.
- Becoña, E. (1991). *The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain)*. Paper presented at the Meeting of the Society for the Study of Gambling. Londres.
- Becoña, E (1993): *El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega*. Santiago de Compostela. Consellería de Sanidades da Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1993a). The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *Journal of Gambling Studies*. 9,353-369.
- Becoña E (1999): *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Fundación Universidad Empresa UNED.
- Becoña, E; Gestal, C (1996): El juego patológico en niños del 2º ciclo de EGB. *Psicothema*. 8, 13-23.
- Becoña, E; Fuentes, MJ. (1995): El juego patológico evaluado con el South Oaks Gambling Screen. *Adicciones*. 7, 423-440.
- Becoña, E; Lorenzo, MC; Fuentes, MJ (1996): Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.
- Brown RIF. (1993): El papel de la activación, distorsiones cognitivas y búsqueda de sensaciones en las adicciones al juego. *Psicología Conductual*. 1 375-388.
- Cadoret RJ; Yates WR; Trpoughton E; Woodworth G; Stewart MA (1995): Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archive General of Psychiatry* 52, 1, 42-52.
- Cayuela, R. (1990). *Characteristics and Situation of Gambling Addiction in Spain: Epidemiological and Clinical Aspects*. Eight International Conference on Risk and Gambling. Londres.
- Castro J. (1999): Estudio de la proporción de jugadores patológicos en un grupo de menores, mediante el South Oaks Gambling Screen. El problema de los falsos positivos. *Psicología.com Online* 3, 1 <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1>.
- Comisión Nacional del Juego, (1986). *Libro Blanco del Juego*. Madrid. Ministerio del Interior.
- Connors, X (1983); *Report of the inquiry into a casino for Victoria*. Melbourne: Victorian Government Printer.
- Cornish DB: (1978): *Gambling: A review of the literature and its implication for policy and research*. London HMSO.
- Crockford DN; el-Guebaly N, (1998): Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 43,43-50.
- Culleton, R.P., (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *Journal of Gambling Behavior*. 5, 22-41.
- Dickerson MG (1984): *Compulsive Gamblers*. London Longman.
- Dickerson, MG (1985): The characteristics of the compulsive gambler; a rejection of a typology.



En G. Cadwell, MG Dickerson, B Haig, L Sylvian (eds): *Gambling in Australia*. Sydney: Croom Helm.

Dickerson, M.G. (1993). Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual*. 1, 3, 339-349.

Dickerson, M.G., Hinchy, J. (1988). The prevalence of pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Studies*. 4, 135-141.

Dixon, D. (1996). Illegal betting in Britain and Australia: Contrasts in control strategies and cultures. In McMillen J. (ed): *Gambling cultures: Studies in history and interpretation* pp. 86-100. London Routledge.

Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. *Psicothema*. 4, 7-20.

Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y Tratamiento de los Trastornos Adictivos*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E; Báez, C; Fernández-Montalvo, J; Páez D. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*. 20, 74, 769-793.

Fernández-Montalvo, JF; Echeburúa, E; Báez, C. (1999). Variables de inteligencia y de personalidad en los jugadores patológicos de máquinas tragaperras: un estudio descriptivo. *Psicología Conductual*. 7, 3, 349-360.

Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA): eine empirische analyse. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 222: 139-152.

Feuerlein, W (1977). Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismus-test (MALT). *Med. Wschr.* 119. 1275-1282.

Fisher, S.E. (1992). Measuring pathological gambling in children: the case of fruit machines in the U.K. *Journal of Gambling Studies*. 8, 263-285.

Fisher SE (1993a): El impacto del juego de máquinas tragaperras legales para niños sobre el juego y juego patológico en adolescentes. El caso del Reino Unido. *Psicología Conductual*. 1, 351-359.

Frey JH.; Eadington WR. (1984). Gambling: Views from the social sciences. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 474 (S.I)

Gallup, (1976). *Gambling in Britain*. Londres. HMSO. Social Surveys (Gallup Pool).

García, M. (1989). *Socioestadística: Introducción a la estadística en sociología*. Alianza Universidad. Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (1996): *Censo Poblacional del año 1996*.

Irurita, I. (1996). *Estudio Sobre la Prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía*. Junta de Andalucía-FAJER Sevilla

Kendall, P.C; Hollon, S.D; Beck, A.T.; Hammen, C.L; Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research* 11, 289-299.

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

Ladouceur, R., Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of Gambling Behavior*. 4, 3-12.

Ladouceur, R; Walker, M.: (1998). Aproximación cognitiva para la comprensión y tratamiento del juego patológico. *Revista de Psicología Contemporánea* 5 (1). Pp 56-71

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



Lesieur, H.R. (1985). *The Chase. Career of the Compulsive Gambler*. Cambridge, MA: Schenkman Books.

Lesieur, H.R., 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., 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.

Meyer, G. (1986). Addiction to gambling. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 34, 140-156.

McCormick, R.A. (1993): Disinhibition and negative affectivity in substance abusers with and without a gambling problem. *Addictive Behavior*, 18, 331-336.

McMillen J. (1996): *Gambling Cultures* London Routledge.

National Opinion Research Center (1999): *Overview of the National Survey and Community Database Research on Gambling Behavior*. Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago IL

National Research Council (1999): *Pathological Gambling: A critical review*. Washington.

Ochoa, E. Labrador, F. (1994). *El Juego Patológico*. Plaza & Janes.

Orford J. (1985): *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. Chichester. NY: Wiley

Phillips, D.; Welty, W.; Smith, M. (1997): Elevated suicide levels associated with legalized gambling. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. December 15.

Ramírez, L.F., McCormick, R.A., Russo, A.M., Taber, J.L. (1983). Patterns of Substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addictive Behavior*, 8, 425-428.

Rodríguez Martos, A. (1986): El diagnóstico del alcoholismo a través de cuestionarios *Fons Informatiu*. 2 julio 1986.

Rodríguez Martos, A. (1987). Estudio piloto estimativo de la prevalencia del juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al programa Dross. *Revista Española de Drogodependencias*. 14, 265-275

Rosenthal, R.J.; Lesieur, H.R. (1992): Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *The American Journal of Addiction* 1, 150-154.

Roy, A.; Ardinoff, B.; Roehrich, L.; Lamparski D, Custer R, Lorenz V (1988): Pathological gambling: a psychobiological study. *Archive General of Psychiatry* 38, 108-112.

Saiz J; Ibañez, A (1999): Etiopatogenia neuroquímica de la ludopatía. *Psiquiatría.com* (revista electrónica) Marzo. 3 (1). http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/vol3num1/art_7.htm.

Sanz, J (1994): The spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*. 10, 2, 129-135.

Sanz, J.; Vázquez, C. (1998): Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema* 10 2 303-318.

Serna, S. (1996): Punta Umbría. Huelva y sus Pueblos. 63.1005-1018. Huelva Información

Shaffer, HJ; Hall, MN,(1996): Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: a quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*.12, 193-214.

Shaffer, HJ; Hall, MN, Vander Bilt J. (1997): *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United State and Canada: A meta-analysis*. Harvard Medical School Division on Addiction. December:10, 1997.

Solonsch, M (1989): *The conceptualisation and evaluation of the concept of skill in gambling*, Unpublished Honours Thesis, Australian National University, Camberra.

Tagliacarne, G. (1962): *Técnicas y práctica de las investigaciones de mercado*. Barcelona, Artiel.

Tejeiro, R (1996): *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras: Prevalencia y características socio-demográficas*. Ayuntamiento de Algeciras.

Tejeiro, R (1998): El juego de azar en Algeciras (España): prevalencia y características sociodemográficas. *Revista Española de Drogodependencias*. 23,1,53-74.

Vázquez, C; Sanz, J (1991): Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de Beck. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.

Vázquez, C; 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 pa-

cientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud* 10, 1 59-81.

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

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

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

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

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

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

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