
INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO Y SCREENING DEL JUEGO PATOLÓGICO

José María Salinas
Universidad de Granada

RESUMEN

En la introducción se comenta la rápida expansión de la oferta de juegos de azar en España a partir de 1977 y el incremento en el número de jugadores patológicos que ha aparecido ligado a este crecimiento. También se comenta el modelo de enfermedad para este trastorno y las connotaciones que acompañan a su asunción. A continuación, se presenta la evolución de los criterios diagnósticos del juego patológico. Sigue un comentario sobre el doble uso de los instrumentos de diagnóstico o screening del juego patológico en el aspecto clínico individual y en el epidemiológico o social. Finalmente, se hace una revisión de las características y propiedades psicométricas de los instrumentos más difundidos.

Palabras clave: juego patológico, diagnóstico, screening, cuestionarios.

ABSTRACT

In the introduction the fast expansion of gambling in Spain from 1977 is commented as well as the increment in the number of pathological players that have appeared connected with this growth. Also the illness model for this inconvenience is commented as well the connotations that accompany to its assumption. Subsequently the evolution of the diagnostic criteria of pathological gambling is presented. A comment on the double use of the instruments to diagnosis or screening the pathological gambling for clinical applications and in the epidemiological or social

research. Finally, a revision of the characteristics and psychometric properties of the most diffused instruments is presented.

Key words: pathological gambling, diagnostic, screening, questionnaires.

INTRODUCCIÓN

Es un hecho indudable que la sociedad española ha evolucionado hacia unas actitudes mucho más permisivas con el juego que se han reflejado en el marco legal del mismo. Las razones de este cambio no aparecen claras. Podríamos apuntar a un ansia general de libertad que pretendería eliminar cualquier traba a los deseos del individuo; también al intento de disociar los aspectos morales de las normas legales necesarias. Probablemente estas y otras causas existían en el año 1977, cuando se cambia radicalmente la regulación sobre el juego, pero no se habrían materializado de no existir intereses económicos muy fuertes que aprovecharon y orquestaron este movimiento en su propio provecho.

Al amparo del acontecimiento social que supuso la legalización de casinos y bingos con el objetivo de fortalecer nuestro sector turístico, en 1981 se legalizan sin alboroto las máquinas recreativas y de azar y su rápida expansión permitió inundar hasta el último rincón del país con estas máquinas (Becoña, Labrador, Echeburúa, Ochoa y Vallejo, 1995) que constituyen puntos de juego continuo y de recompensa inmediata, mucho más adictivos que las tradicionales loterías y cupones.

Está ampliamente asumido que el aumento de la oferta de juegos legales y la mayor disponibilidad del juego conducen a incrementar el número de personas que tienen problemas con el juego y de los que llegan a desarrollar una patología del mismo (Abbott, Volberg y Rönnerberg, 2004). Así, Becoña (1999) afirma con referencia a otros trabajos anteriores:

En suma, la disponibilidad y acceso al juego ha sido, y sigue siendo, uno de los principales responsables del incremento tan exagerado del número de jugadores patológicos en España.

Procesos semejantes se han observado en Alemania y Holanda, donde la expansión del juego en la década de los 70 ha disparado la demanda de tratamiento para problemas relacionados con el juego (Becoña, 1996).

Otro fenómeno asociado con la legalización del juego es la integración de las actividades del mismo y su control como parte de la Administración. Los gobiernos reciben ingresos en concepto de impuestos, tasas y beneficios sobre el juego y de esta forma, la prestación de servicios con

cargo a los presupuestos se hace dependiente de la industria del juego. También muchas ocupaciones y negocios necesitan del juego para su viabilidad económica, bien directamente como vendedores de loterías, empleados de bingos y casinos, constructores, propietarios y equipos de mantenimiento de máquinas, bares, pequeño comercio que complementa sus ingresos con servicios a los juegos de azar o indirectamente por la expansión de sus actividades para cubrir las necesidades de asesoría, defensa legal, servicios financieros, etc. de las empresas de juego (Volberg, 1998). Todo este entramado, actuando como grupo de presión, hace que una vez legalizados los juegos de azar su erradicación o limitación sea vista como un acto demencial que va a destruir la forma de vida de un gran número de personas.

Dentro de este contexto, no es de extrañar que exista una confabulación tácita para que el jugador patológico sea ocultado y el juego patológico tratado con apatía y mostrado como insignificante o inexistente (Custer, 1989).

Una de las formas de minimizar los problemas que ocasiona el juego ha sido transformar al jugador patológico en un "enfermo" y encomendar su cuidado a profesionales de la salud, como psicólogos o psiquiatras. Esto, que indudablemente ha tenido sus ventajas al proporcionar ayuda profesional a estas personas, conlleva desplazar la causa del problema de los juegos de azar al individuo afectado, que debe tener alguna propensión o deficiencia por la cual a él el juego le hace daño. De esta forma, se produce una negación de responsabilidades. El jugador ya no tiene culpa. No es como aparecía en el siglo XIX, un sujeto amoral que voluntariamente sigue una vida disipada. Tampoco la tienen las Administraciones por permitir y fomentar esta actividad. Más bien los problemas que ocasiona el juego, al considerarse como enfermedad, vienen a ser accidentes que inevitable y desgraciadamente se dan de vez en cuando.

Frente a esta perspectiva exculpatoria de las Administraciones y de la industria del juego podría argumentarse que existen las enfermedades ambientales provocadas por la exposición a sustancias contaminantes. En este sentido, el juego patológico podría explicarse por la presencia de unos niveles intolerables de juegos de azar que afectan a algunas personas, y así como se vigila que el porcentaje de contaminación en el aire, en el agua y en los alimentos no sobrepase un cierto nivel, se podría exigir que el número de puntos de juego no supere una determinada concentración en nuestras calles, y sin embargo este discurso rara vez se escucha.

El modelo de “enfermedad” no es aceptado unánimemente. Hay autores que niegan la existencia de una patología. Por ejemplo, Rosencrance (1985) afirma que considerar el juego excesivo como una enfermedad es equivalente a medicalizar la discrepancia. Para Dickerson (1987) hay suficientes datos que sugieren que es inapropiado aplicar el modelo médico al juego compulsivo. Walker (1992) se basa en que el concepto de enfermedad implica un daño o disfunción de base fisiológica y argumenta que este elemento no ha sido establecido para los jugadores patológicos. Ahora bien, aunque no esté demostrado definitivamente, el concepto de enfermedad puede ser aplicado de forma instrumental como una metáfora útil (Shafer, 1985) que tranquilice y guíe al sujeto en tratamiento. La enfermedad es un modelo conocido por el sujeto que ofrece algunos principios interesantes, como pueden ser: la esperanza de curación; la necesidad de tratamiento; un esquema de relaciones terapéuticas.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

El concepto del juego intenso como enfermedad cobra carta oficial de naturaleza cuando en 1980 la American Psychiatric Association (1980) clasifica, en el DSM III, el juego patológico como un trastorno del control de impulsos ofreciendo los siguientes criterios diagnósticos del juego patológico:

A. El individuo se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar.

B. El juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales, tal como viene indicado por, al menos, tres de los siguientes fenómenos:

1. Arrestos por robo, fraude, estafa o evasión de impuestos, debidos a intentos para obtener dinero para jugar.
2. Incapacidad para satisfacer las deudas y las responsabilidades financieras.
3. Alteraciones familiares o conyugales debidas al juego.
4. Obtención de dinero a través de fuentes ilegales (usureros).
5. Incapacidad de explicar las pérdidas de dinero o de demostrar las ganancias que se atribuyen.
6. Pérdida del trabajo debida al absentismo ocasionado por la actividad de jugar.

7. Necesidad de otra persona que procure el dinero necesario para aliviar una situación financiera desesperada.

C. El juego no es causado por un desorden de personalidad antisocial.

Sin embargo, se hizo bastante evidente que el juego patológico no tenía las características de una compulsión clásica. Los trastornos del control de impulsos son caracterizados por tres síntomas esenciales:

1° Fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o para los demás. Puede existir o no una resistencia consciente a este impulso. El acto puede ser premeditado y planificado o no.

2° Sensación creciente de tensión o de activación (arousal) antes de llevar a cabo el acto.

3° Experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto. Este acto es egosintónico en tanto en cuanto es consonante con el deseo consciente inmediato del individuo. Inmediatamente después del acto puede haber o no sentimientos sinceros de pena auto-reproche o culpa.

Una compulsión no es algo que el paciente quiera hacer, sino más bien algo que debe hacer, a pesar de los sentimientos negativos que le genera. Es decir, requiere la resistencia del impulso. El jugador excesivo que busca jugar planifica la próxima ronda y está excitado por la posibilidad de apostar; no puede decirse que manifieste un deseo permanente de dejar de jugar, por lo que no hay una resistencia real al impulso.

De esta forma, el criterio general entre psicólogos y psiquiatras se modificó en el sentido de definir el juego patológico como una adicción. Así, la versión revisada, DSM III-R (A.P.A., 1987), mantiene el juego patológico en el capítulo de "Trastornos del control de impulsos", pero cambia substancialmente los criterios, que pasan a expresarse como:

Conducta de juego pernicioso, indicada por, al menos, cuatro de los siguientes síntomas:

1. Preocupación frecuente por jugar o por obtener dinero para jugar.
2. Con frecuencia se juega más cantidad de dinero o durante más tiempo del que se había planeado.
3. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando no se puede jugar.
5. Pérdidas repetidas de dinero en el juego y vuelta al día siguiente para intentar recuperar.
6. Esfuerzos repetidos por reducir o parar el juego.

7. Con frecuencia, el juego tiene lugar cuando se espera del sujeto que esté cumpliendo sus obligaciones sociales o profesionales.
8. Sacrificio de alguna actividad social, profesional o recreativa importante para poder jugar.
9. Se continúa jugando a pesar de la incapacidad para pagar las deudas crecientes o a pesar de otros problemas significativos, sociales, profesionales o legales que el sujeto sabe que se exacerban con el juego.

Estos criterios presentan un gran paralelismo con los que se establecen para la dependencia de sustancias psicoactivas, apareciendo características típicas como el deseo de jugar, pérdida de control, tolerancia, expresada por la necesidad de aumentar la cantidad jugada, síntomas de síndrome de abstinencia que desaparecen con el juego, intentos de reducirlo, etc.

El manual DSM IV (A.P.A., 1994) hace explícita esta concepción del juego, como una forma de dependencia, cuando afirma:

El juego patológico es análogo a la dependencia de sustancias en que se caracteriza por tolerancia, abstinencia, uso compulsivo y consecuencias adversas. Aunque se incluye en los trastornos del control de los impulsos, la definición de juego patológico propuesta más adelante se ajusta también a la definición de dependencia de sustancias.

Los criterios del DSM IV para el diagnóstico de juego patológico son:

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar).
2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
3. Fracaso repetido de los esfuerzos 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 o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas).

7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.
8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego.
9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego.
10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) incluye también el juego patológico dentro de los trastornos de los hábitos y de los impulsos indicando:

El trastorno consiste en episodios frecuentes e iterativos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares.

Incluye el juego compulsivo como sinónimo y excluye: juego en trastorno asocial de la personalidad; juego excesivo en pacientes maníacos; juego y apuesta SAI.

Como puede observarse, el criterio diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) difiere significativamente del establecido por el DSM-IV. Sobre las diferencias y aspectos metodológicos de la construcción de ambos pueden verse los comentarios de Lesieur (1993). En la práctica actual podemos afirmar que predomina claramente como criterio el descrito por el DSM-IV.

La investigación sobre el modelo conceptual explicativo del juego patológico continúa en marcha, pudiéndose agrupar las distintas líneas en tres aproximaciones conceptuales generales: un desorden del control de impulsos; una adicción; un desorden obsesivo-compulsivo (Blaszczynski, 1999). Sin embargo, el refuerzo obtenido por el modelo adictivo a través de distintos trabajos sobre las bases bioquímicas del juego patológico (Comings et al., 1996; Ibáñez et al., 2003) y ciertas ventajas políticas de esta posición, hacen pensar que la visión actual de la patología del juego como una conducta adictiva en los términos en que se refleja en el DSM-IV no será modificada a corto plazo y seguirá siendo la única referencia válida, con aceptación amplia y oficialmente establecida para elaborar un diagnóstico.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO Y SCREENING

El diagnóstico del juego patológico tiene dos aspectos fundamentales: el clínico, con orientación individual y propósito terapéutico, y el epidemiológico, encaminado a determinar la prevalencia del trastorno e inspirar las políticas públicas sobre el juego. En ambos casos, los instrumentos que se describirán pueden ser útiles y necesarios.

Es cierto que desde el punto de vista del diagnóstico individual sería más satisfactorio contar con unas pocas y bien establecidas características que lidiar con las puntuaciones alcanzadas en un cuestionario. Sin embargo, la naturaleza continua de la implicación en el juego hace que inevitablemente se tengan que establecer puntos de corte en ese continuo como criterios para el establecimiento de la patología. Esta situación es compartida con muchas enfermedades de base claramente fisiológica como la hipertensión, diabetes, dislipemia, etc., cuyo diagnóstico hace referencia a los valores sobre una escala.

Rosenthal (1989), algún tiempo después de que se publicase el DSM-III-R, realizó una investigación entre 12 de los más experimentados clínicos en el diagnóstico y tratamiento de los jugadores patológicos. Uno de los resultados de este estudio es que aparte de los criterios del DSM-III y del DSM-III-R, la mayoría de ellos utilizaban como apoyo al diagnóstico algunos de los cuestionarios disponibles en aquella fecha y que en principio estaban considerados como elementos de screening. En concreto, ocho de ellos utilizaban la escala de las 20 preguntas de Jugadores Anónimos y seis de ellos utilizaban el South Oaks Gambling Screen. La ventaja de utilizar instrumentos estandarizados, como parte del diagnóstico individual, es que permite tener medidas objetivas y criterios de comparación que sirvan como guía, aparte de sistematizar la recogida de datos, tanto para la información interna del terapeuta u organización como para estudios comparativos.

En España se han realizado bastantes estudios de prevalencia, pero hasta el momento todos ellos han sido de ámbito local o regional. Esto hace que sus datos, aunque ilustrativos, no sean concluyentes; de forma que aquellos que quieren minimizar el problema del juego patológico, siempre pueden ampararse en la afirmación de que tales resultados corresponden a zonas especialmente sensibles al problema. Creo que ha llegado el momento de promover un estudio nacional sobre la participación en los juegos de azar y la prevalencia del juego patológico, realizado por un organismo de la máxima solvencia, para establecer de forma

precisa la magnitud del problema. Hace algunos años servía de excusa que ningún país del mundo había realizado tal estudio; sin embargo, en el momento presente estudios nacionales se han completado en Nueva Zelanda, Suecia, Suiza, Australia, Estados Unidos y Gran Bretaña (Abbott, Volberg y Rönnberg, 2004) marcando el camino a seguir.

La realización de una encuesta nacional requiere que se utilicen procedimientos homogéneos en todo el territorio y el empleo de medidas de juego patológico validadas con anterioridad. Así, en el estudio de Nueva Zelanda se utilizó el SOGS revisado y en Suecia el SOGS revisado y el DSM Screen.

Una dificultad que surge en los estudios de prevalencia es que los criterios diagnósticos del DSM-IV y de los instrumentos inspirados en él plantean una dicotomía: cinco puntos o más jugador patológico, menos de cinco puntos jugador no patológico. Por ejemplo, una persona que haya tenido fracasos repetidos en los esfuerzos por dejar de jugar, que cuando pierde vuelve al día siguiente a recuperar sus pérdidas, que engaña a sus familiares para ocultar el juego y que haya cometido actos ilegales para financiar el juego, puede que no sea diagnosticado como jugador patológico, si no cumple alguno de los restantes criterios, pero tampoco podemos decir que sea alguien que tiene una relación normal con los juegos de azar.

Para reflejar estas personas que no pueden clasificarse como jugadores patológicos, pero que obviamente tienen dificultades con el juego en los estudios de prevalencia, se añaden otras categorías. Por ejemplo, Becona (1993) utilizó los términos jugador patológico, jugador problema y jugador social excesivo. Jugador patológico eran aquellas personas que tenían cuatro o más síntomas del DSM-III-R; jugador problema, aquellas que tenían dos o tres síntomas, y jugador social excesivo, las que tenían uno o ningún síntoma, pero que jugaban una proporción importante de sus ingresos o dedicaban mucho tiempo. En el Gambling Impact and Behavior Study (National Opinion Research Center, 1999) se establecieron para los que perdían más de una cierta cantidad las siguientes categorías: jugador patológico si cumplía cinco o más criterios del DSM-IV; jugador problema si cumplía tres o cuatro criterios, y jugador en riesgo si cumplía uno o dos.

A continuación se describen los instrumentos para adultos más conocidos, junto con sus propiedades psicométricas. En primer lugar aparecen los desarrollados en lengua inglesa y a continuación, aquellos cuyo desarrollo original se realizó en español.

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS)

Este cuestionario de lápiz y papel que consta de 20 ítems fue desarrollado por Lesieur y Blume (1987) para el screening del juego patológico en poblaciones clínicas. Basado en los criterios diagnósticos del DSM-III, se adapta también a los criterios modificados del DSM-III-R; de hecho, ambos criterios se utilizaron en su desarrollo y validación (Culleton, 1989; Lesieur y Blume, 1987). Es el cuestionario más difundido y utilizado en la evaluación del juego patológico, tanto en los enfoques clínicos como epidemiológicos. En un metaanálisis de 152 estudios sobre la prevalencia del juego patológico, Shafer, Hall y Vander Bilt (1997) encontraron que más de la mitad de ellos utilizaron el SOGS como medida del juego patológico.

En realidad, el formato del SOGS consta de 16 preguntas, pero la última de ellas, relativa a las formas de financiación del juego, presenta once alternativas, designadas a, b,... k. Sin embargo, como los ítems 1, 2, 3, 12, 16j, 16k no se valoran, quedan 20 ítems cuyas respuestas se valoran 0 ó 1. La suma de estas valoraciones proporciona una puntuación entre 0 y 20. El punto de corte propuesto por los autores es cinco. Una puntuación de cinco o más indica que el respondente es un probable jugador patológico.

El estudio original del desarrollo del SOGS, para probar que eran satisfactorias su fiabilidad y validez, utilizó cuatro muestras diferentes. Una constituida por 213 miembros de Jugadores Anónimos, otra de 384 estudiantes universitarios, una tercera de 867 pacientes internos de hospital psiquiátrico y una cuarta de 152 empleados de hospital. La fiabilidad fue estimada combinando las muestras de Jugadores Anónimos, estudiantes y empleados y calculando su consistencia interna (coeficiente alfa = 0,97). La fiabilidad test-retest al cabo de un mes fue calculada a partir de la clasificación dicotómica de 74 pacientes internos y 38 pacientes externos en sujetos con cinco o más puntos y sujetos con menos de cinco puntos ($r = 0,71$). La validez fue examinada correlacionando el SOGS con evaluaciones independientes de consejeros, familiares y diagnósticos basados en el DSM-III-R. El SOGS correlacionó las evaluaciones de los consejeros ($r = 0,86$) con las de los familiares ($r = 0,60$) y con el diagnóstico del DSM-III-R ($r = 0,94$). Las clasificaciones basadas en el SOGS mostraron un alto grado de concordancia con las realizadas con el DSM-III-R: 98,1% entre los miembros de Jugadores Anónimos; 95,3% para los estudiantes universitarios; 99,3% entre los empleados de hospital.

La alta difusión y larga trayectoria del SOGS ha dado ocasión a que reciba diversas críticas (Culleton, 1989; Dickerson, 1993; Volberg, 1999). Las principales objeciones hacen referencia al excesivo número de falsos positivos que se obtienen cuando se utiliza en estudios de prevalencia basados en encuestas a la población general en la que la tasa base es mucho menor que en los ensayos clínicos. A la falta de un marco de referencia temporal, lo que implica una concepción del juego patológico como enfermedad crónica, que no permite distinguir entre jugadores patológicos en remisión de aquellos que permanecen activos.

Lesieur y Blume (1993) revisaron el SOGS introduciendo modificaciones en el ítem 3, que pasó de hacer referencia a los problemas de juego de los padres, a las personas del entorno próximo, distinguiendo: padre, madre, hermanos, abuelos, esposo, hijo, otros familiares, amigos, y en el ítem 8 cuyo enunciado fue ampliado para aclarar y especificar el concepto. Al mismo tiempo sugirieron que la pregunta 1, relativa a los tipos de juego en que el sujeto participa, debe ser adaptada para reflejar los juegos disponibles en el país o región donde se aplique y que la referencia inicial del cuestionario a toda la vida del sujeto, se modificase para cubrir seis meses o un año.

Stinchfield (2002) ha validado el SOGS con una referencia temporal de un año. En su estudio se aplicó el SOGS y una medida del criterio diagnóstico del DSM-IV a una muestra de 803 sujetos de la población general y a otra de 1.589 jugadores en tratamiento. La consistencia interna fue adecuada, obteniéndose para el coeficiente alfa 0,69, en la muestra de población general y 0,86 en la de jugadores en tratamiento. La validez también es satisfactoria, obteniéndose correlaciones entre el SOGS y la medida del criterio del DSM-IV de $r = 0,77$ en la población general y $r = 0,83$ en los sujetos en tratamiento. Usando el criterio diagnóstico del DSM-IV como referencia, el SOGS presentó una acuracidad satisfactoria en la clasificación de los jugadores en tratamiento con un porcentaje de aciertos del 96%, una sensibilidad del 99%, especificidad del 75%, un porcentaje de falsos positivos del 4% y un porcentaje de falsos negativos del 10%. La acuracidad de la clasificación en la muestra de la población general fue considerablemente peor, con una sensibilidad del 67% y una tasa de falsos positivos del 50%. Mostrando la tendencia a presentar una alta tasa de falsos positivos que ya hemos indicado como uno de sus principales problemas.

Una modificación del SOGS que también utiliza un marco de referencia temporal de un año es el conocido como SOGS-M (Emerson y Laun-

dergan, 1996) utilizado en una encuesta de juego patológico entre adultos realizada en Minesota en 1990. Una comparación posterior con el SOGS de uno de los propios autores establece la superioridad del SOGS y recomienda no volver a emplear el SOGS-M.

Ladouceur y sus colaboradores (2000) han estudiado la comprensión de los ítems del SOGS en niños, adolescentes y adultos, encontrando que muchos participantes no comprendían algunos de los ítems. Esta confusión tiende a incrementar las puntuaciones. Cuando se clarifican los términos de los ítems que resultan confusos, la puntuación tiende a reducirse y disminuye el número de sujetos clasificados como probables jugadores patológicos.

Existe una validación española del SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) realizada con una muestra clínica de 72 pacientes diagnosticados según el criterio del DSM-III-R y una muestra de 400 sujetos "normales". En la versión española, se han modificado los ítems 1 y 2 ajustando los juegos y cantidades a la situación de nuestro país y se modifica el contenido del ítem 10, sustituyendo la traducción literal: ¿Ha sentido alguna vez que le gustaría dejar de jugar, pero no se siente capaz de ello? Por la forma más directa: ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y ha sido capaz de ello? El coeficiente de fiabilidad test-retest tras cuatro semanas fue 0,87 en la muestra de jugadores y también 0,87 en la muestra "normal"; considerando conjuntamente ambas muestras se obtiene $r = 0,98$. La validez evaluada mediante el coeficiente de correlación biserial puntual entre las puntuaciones del SOGS y la existencia, o no, de juego patológico dio un valor $r = 0,92$. La eficacia diagnóstica del cuestionario con el criterio original de cinco o más puntos, proporcionaba una sensibilidad del 95% y una especificidad del 98%. Si el punto de corte se sitúa en cuatro puntos, la sensibilidad se eleva al 100%, manteniéndose la especificidad en el 98%.

ESCALA DE LAS VEINTE PREGUNTAS DE JUGADORES ANÓNIMOS (GA-20)

Jugadores Anónimos distribuye estas 20 preguntas con el propósito de identificar jugadores compulsivos. La respuesta a todas ellas es dicotómica: sí o no. Contestar afirmativamente a siete o más preguntas indica que el respondente es jugador compulsivo. Aunque este cuestionario es ampliamente utilizado, ya hemos comentado que Rosenthal (1989) encontró en su encuesta a 12 profesionales selectos que la mitad de ellos lo utilizaban como ayuda al diagnóstico, hay pocos estudios sobre sus propiedades psicométricas. El mejor estudio que conocemos ha sido realizado con muestras de población española.

Ursua y Uribe Larrea (1998), para estudiar las propiedades del GA-20, utilizaron una muestra de 127 jugadores problema que recibían tratamiento en dos asociaciones madrileñas de autoayuda, la edad media de la muestra era de 41,67 (s.d. = 12,58) y el porcentaje de hombres del 78,7%, y una muestra normativa de 142 jugadores sociales con distribuciones semejantes de edad y sexo, edad media 38,46 (s.d. = 12,96) y porcentaje de varones 60%. Se obtuvo una alta consistencia interna del GA-20 (coeficiente alfa = 0,94) y con respecto a la validez, se correlacionaron las puntuaciones del cuestionario con las del SOGS, obteniéndose una elevada correlación ($r = 0,94$). El análisis factorial indicaba la unidimensionalidad del instrumento, ya que de los tres factores con autovalores mayores que uno, el primer factor explicaba el 50,6% de la varianza, mientras que el segundo y el tercero sólo explicaban el 5,8% y el 5,6%, respectivamente. Con respecto a la validez discriminante, la media del grupo de jugadores era de 12,85 (s.d. = 3,20), mientras que la de jugadores sociales era 1,07 (s.d. = 1,79). Los índices que reflejan la acuracidad de la clasificación en jugadores problema y jugadores sociales alcanzaron valores muy satisfactorios. La sensibilidad fue del 98,42%, la especificidad del 99,29% y el porcentaje de aciertos del 98,88%.

Otros estudios que aportan alguna información sobre este cuestionario son: Kuley y Jacobs (1988), que señalan la existencia de una alta correlación entre las puntuaciones en el GA-20 y la frecuencia de juego y de experiencias disociativas, obtuvieron una puntuación media de 12,17 para los jugadores problema y de 1,90 para los jugadores sociales. Derevensky y Gupta (2000) utilizaron el GA-20, junto con el SOGS revisado para adolescentes (Winters, Stinchfield y Fulkerson 1993) y el cuestionario DSM-IV-J (Fisher 1992), para clasificar a 980 adolescentes. Las

correlaciones fueron significativas con ambos cuestionarios: $r = 0,61$ con el SOGS-RA y $r = 0,68$ con el DSM-IV-J. Utilizando el DSM-IV-J como referencia, los índices de acuracidad fueron: sensibilidad, 96%; falsos negativos, 0,6%; falsos positivos, 3,3%.

INVENTORY OF GAMBLING BEHAVIOR (IGB)

El Inventario de Conducta de Juego es un instrumento desarrollado por la National Foundation for the Study and Treatment of Pathological Gambling en 1982. Consta de 122 ítems que examinan características de la vida familiar, juego en la adolescencia, dificultades con la ley y problemas psicológicos como insomnio, tentativas de suicidio y enuresis. La mayoría de los ítems proceden del trabajo de Custer (1982) con jugadores compulsivos. En el momento de su confección, se consideraba que el conjunto de los ítems recogía los aspectos más significativos que se habían observado en la conducta de los jugadores patológicos.

Zimmerman, Meeland y Krug (1985), en un estudio de 83 jugadores compulsivos y 61 sujetos de contraste, encontraron que la fiabilidad de bastantes ítems, considerada individualmente, era muy baja. Con objeto de obtener una estructura factorial replicable consideraron agrupamientos de tres ítems. Los ítems sólo se agrupaban si sus correlaciones eran significativas y sus contenidos razonablemente uniformes; con estas condiciones conservaron 81 ítems que formaban 27 grupos. El análisis factorial de las correlaciones entre las puntuaciones de estos 27 grupos arrojó ocho factores. Tras una serie de análisis discriminantes entre jugadores y no jugadores, en algunos de los cuales se mantenían constantes características demográficas, se consideró que sólo cinco de los factores eran relevantes para explicar las diferencias entre jugadores y no jugadores. Estos cinco factores fueron identificados como: juego neurótico, juego psicopático, juego impulsivo, delitos de guante blanco y problemas con el empleo. Hay que señalar que en el momento de desarrollar este inventario y de realizar el anterior análisis, se consideraban preferibles los ítems que evaluaran los problemas de juego indirectamente. Así, los autores anteriores señalan que el ítem: *No soy un buen organizador de actividades* podía ser una medida del juego neurótico tan buena como el ítem: *¿Me he planteado que la autodestrucción sea la consecuencia de mi juego?* Esta no es la tendencia actual, que se dirige más bien al contrario, a formular preguntas que reflejen exactamente los enunciados de los criterios del DSM-IV.

CUMULATIVE CLINICAL SIGNS METHOD (CCSM)

Culleton (1989) desarrolló este cuestionario como una alternativa al SOGS, basándose en el Inventory of Gambling Behavior descrito en el apartado anterior. El cuestionario consiste en 29 ítems del IGB organizados en cinco tests que recogen los ítems de contenidos similares; estos tests se denominan: personal, interpersonal, vocacional, financiero y test de indicios graves. La calificación positiva en cualquier ítem de un test hace que la puntuación en ese test sea uno. La suma de las puntuaciones de los cinco tests constituye la puntuación en el cuestionario, que obviamente debe estar comprendida entre cero y cinco. El diagnóstico de juego patológico se realiza con un "odds ratio", que es el cociente entre la probabilidad de identificar correctamente el juego patológico, cuando el desorden está presente, y la probabilidad de identificar incorrectamente el juego patológico, cuando el desorden no existe. Habitualmente, una puntuación de tres o más indica la existencia de un problema de juego patológico, pero los "odds ratio" y la precisión de la clasificación pueden variar según la población que esté siendo entrevistada.

Al comparar su cuestionario CCSM con el SOGS, Culleton (1989) critica los estudios de prevalencia basados en el SOGS por no corregir la incidencia de los falsos positivos que produce este cuestionario. Sugiere que la metodología de los "odds ratio" que emplea el CCSM proporciona un método de predecir los errores y que es independiente de la tasa de prevalencia.

Volberg y Banks (1990), en una comparación del CCSM y el SOGS, señalan que ambos cuestionarios fueron desarrollados de la misma forma y como la sensibilidad y especificidad del SOGS son muy altas, se necesitan muy pocos ajustes a las tasas de prevalencia estimadas a partir de él. Además hacen dos objeciones al método de Culleton para predecir los errores. La primera es que, aunque los "odds ratio" son independientes de la tasa base, el número de errores predichos depende de la prevalencia. La segunda es que la suposición de independencia entre los ítems de los tests, a partir de los cuales se calculan los "odds ratio", no se cumple en el cuestionario CCSM. Concluyendo que en ese momento el SOGS estaba considerado como el mejor método y utilizado como estándar para la medida de la prevalencia por un gran número de investigadores.

El CCSM ha tenido un uso muy limitado y no se encuentran datos publicados respecto a su fiabilidad y validez.

MASSACHUSETTS GAMBLING SCREEN (MAGS)

Shafer, LaBrie, Scanlon y Cummings (1994) desarrollaron este instrumento para medir los problemas de los jugadores excesivos y obtener un estimador de la prevalencia del juego patológico. Se usó por primera vez en un estudio con adolescentes, aunque fue desarrollado tanto para adolescentes como para adultos.

El MAGS se refiere a comportamientos de los 12 últimos meses y contiene dos subescalas. La segunda subescala consta de 14 ítems adaptados del Short Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, Vonokur y van Rooijen, 1975), al cual se añadió la subescala 1, que es una medida de 12 ítems del criterio diagnóstico del DSM-IV. Los respondentes a este cuestionario son clasificados en personas sin problemas, jugadores en transición y jugadores patológicos, utilizando una suma ponderada de las puntuaciones de los ítems. La escala parece tener una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa = 0,84). En términos de validez, se encuentra una alta correlación con las puntuaciones en el criterio del DSM-IV ($r = 0,83$).

Puede verse una traducción al español de este cuestionario en Secades y Villa (1998).

DSM-IV MULTIPLE RESPONSE (DSM-IV-MR)

Fisher (2000) desarrolló un cuestionario de diez ítems para medir el criterio diagnóstico del DSM-IV en adultos. Hay un ítem para cada criterio y los ítems reproducen directamente los términos de los criterios del DSM-IV. La mayoría de los ítems tienen cuatro opciones de respuesta: nunca, una vez o dos, algunas veces y a menudo. Cada ítem se valora cero o uno y la puntuación total es su suma, que, por consiguiente, va de cero a diez. Una puntuación de tres o cuatro que incluya al menos un punto en los ítems 8, 9 ó 10 señala a un jugador problema y una puntuación de cinco o más indica un jugador con un problema severo.

El cuestionario fue administrado a 1.105 clientes de casinos en el Reino Unido. La consistencia interna se consideró satisfactoria (coeficiente alfa = 0,79). Con respecto a la validez, se han encontrado puntuaciones medias diferentes entre los que se identifican ellos mismos como jugadores problema y los que se identifican como jugadores sociales. También hubo diferencias en media entre el grupo de jugadores regulares y

el de jugadores eventuales. Son jugadores regulares aquellos que van a los casinos al menos una vez a la semana. Los jugadores eventuales son los que no van todas las semanas.

DIAGNOSTIC INTERVIEW FOR GAMBLING SCHEDULE (DIGS)

Winters, Specker y Stinchfield (1997) desarrollaron esta entrevista clínica estructurada como ayuda al diagnóstico del juego patológico y para determinar las necesidades de evaluación complementaria, así como para orientar la planificación del tratamiento. El DIGS incluye datos demográficos, implicación en el juego, historial de tratamientos, inicio de juego, frecuencia de juego, cantidades de dinero apostadas y pérdidas, fuentes de financiación, problemas financieros, problemas legales, screen de salud mental, otros desórdenes de los impulsos, situación médica, funcionamiento social y familiar, y síntomas de diagnóstico. El DIGS incluye 20 síntomas de diagnóstico referidos a toda la vida y al año pasado. Hay dos ítems para cada criterio del DSM-IV y están escritos parafraseando la expresión de los criterios. La puntuación total está en el intervalo de cero a diez.

Los 20 ítems que constituyen la escala de síntomas diagnósticos presentan una buena consistencia interna (coeficiente alfa = 0,92). Con respecto a la validez se encontraron correlaciones significativas, aunque moderadas, con algunos indicadores de la gravedad de los problemas con el juego. La correlación fue de 0,39 con la frecuencia de juego; 0,42 con la mayor cantidad jugada en un día; 0,47 con las deudas de juego; 0,40 con el número de problemas financieros; 0,31 con el número de fuentes de financiación del juego; 0,50 con los problemas legales.

NATIONAL OPINION RESEARCH CENTER DSM-IV SCREEN (NODS)

Este cuestionario fue desarrollado para cumplir los requisitos que la National Gambling Impact Study Commission impuso al encargar la segunda encuesta nacional sobre el juego en los Estados Unidos al National Opinion Research Center (1999) de la Universidad de Chicago. Una de las exigencias era que el criterio para identificar a los jugadores patológicos tenía que ser el establecido en el DSM-IV. Esto eliminaba el SOGS

como instrumento utilizable por estar basado en el criterio del DSM-III. Tras examinar los diferentes instrumentos existentes basados en el DSM-IV, la decisión inicial de emplear el DIGS fue descartada y se desarrolló este nuevo cuestionario.

El NODS consta de 17 ítems dicotómicos (sí/no) que hacen referencia a problemas durante toda la vida y otros 17 ítems que repiten los contenidos de los anteriores, pero referidos al último año. Los 17 ítems reflejan casi literalmente los diez criterios del DSM-IV, aunque los criterios 1, 3, 4, 5 y 7 emplean dos ítems y el criterio 9, tres. La puntuación va de cero a diez, ya que se otorga un punto por cada criterio del DSM-IV que se cumple. A los criterios que tienen dos o tres ítems, se les asigna un punto, aunque haya mayor número de respuestas afirmativas. El cuestionario se pasaba a aquellas personas que reconocían haber perdido 100 dólares o más en un día de juego o haber tenido deudas de juego de al menos 100 dólares. Para estos sujetos, la clasificación del NODS es la siguiente: cero puntos, jugador de bajo riesgo; un punto o dos, jugador en riesgo; tres o cuatro puntos, jugador problema; cinco o más, jugador patológico.

Los datos sobre validez del NODS proceden de un ensayo piloto realizado por teléfono a 40 participantes en tratamientos para los problemas de juego. 38 de ellos tuvieron puntuaciones de cinco o más en la escala referida a toda la vida. Los otros dos obtuvieron cuatro puntos. En la escala del último año, 30 sujetos alcanzaron cinco puntos o más. Cinco entrevistados tuvieron puntuaciones de tres o cuatro y los cinco restantes tuvieron dos puntos.

La fiabilidad test-retest para un período que varió entre dos y cuatro semanas fue calculada a partir de 44 casos que incluían algunos de los 40 anteriores. La correlación entre las puntuaciones en ambas ocasiones fue de 0,99 para la escala relativa a toda la vida y de 0,98 para la del último año.

Aunque construido para ajustarse al criterio diagnóstico del DSM-IV, el NODS difiere de éste en dos aspectos relevantes. El filtro de las pérdidas o deudas de 100 dólares facilita la realización de la encuesta, ya que para las personas que no juegan, muchas de las preguntas de estos cuestionarios carecen de sentido. Sin embargo, esto introduce un criterio suplementario que no existe en el DSM-IV. La inclusión de períodos de tiempo o parámetros de frecuencia añadidos al criterio, como por ejemplo “dos semanas” en los ítems 1 y 2 o “tres veces” en los ítems 7 y 12, que no aparecen en el DSM-IV, no está explicada ni justificada, ya que en otros ítems se habla de períodos o de ocasiones sin cuantificar su duración o frecuencia.

LIE/BET QUESTIONNAIRE.

Johnson, Hamer, Nora, Tan, Eisenstein y Engelhart (1997) confeccionaron este test de screening, que consta tan sólo de dos ítems, determinando a partir de un cuestionario de 12 ítems, basados en el criterio diagnóstico del DSM-IV, los dos que mejor discriminaban entre jugadores problema y controles. Como indica su nombre hay un ítem referido a las mentiras: *¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti acerca de cuánto juegas?*, y otro a las apuestas: *¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero?*

A partir de una muestra de 191 varones miembros de Jugadores Anónimos y de otra de 171 empleados gubernamentales varones, se encontró que el cuestionario tenía una sensibilidad del 99% y una especificidad del 91%. En un nuevo estudio sobre acuracidad de la clasificación (Johnson, Hamer y Nora, 1998) con una muestra de 146 jugadores problema (116 hombres y 30 mujeres) y otra de 277 controles (179 hombres y 98 mujeres), la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 85%. Estos resultados parecen excesivamente buenos para un cuestionario tan breve. En el primer estudio, se puede explicar porqué se ha utilizado la misma muestra para seleccionar los ítems con mayor poder discriminante y calcular los índices de bondad de la clasificación. De hecho, en el segundo estudio, en que los índices se calculaban sobre sujetos distintos de los que sirvieron para seleccionar los ítems, la especificidad desciende y es de esperar que en una muestra de la población general en que la tasa de prevalencia se sitúe entre el 1 y el 2% la especificidad sea bastante menor.

CUESTIONARIO BREVE DE JUEGO PATOLÓGICO (CBJP)

Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1995) desarrollaron este cuestionario de screening, que consta de cuatro ítems, basándose en la versión española del SOGS (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994). Los ítems son dicotómicos (sí/no) y hacen referencia a los problemas de juego autopercebidos, sentimiento de culpabilidad, incapacidad para abandonar el juego y utilización del dinero doméstico para el juego. La puntuación total es el número de respuestas afirmativas, que, por consiguiente, estará entre cero y cuatro. Los sujetos con una puntuación de dos o más, se califican como probables jugadores patológicos.

Las propiedades psicométricas de este cuestionario se obtuvieron a partir de una muestra de 74 jugadores patológicos y otra de 400 sujetos normativos. La fiabilidad test-retest en un intervalo de cuatro semanas fue de 0,99. La consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa, fue de 0,94. Con relación a la validez, se encontró una correlación de 0,95 con el SOGS y también de 0,95 con los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Todos los ítems, y en mayor medida la puntuación global, discriminan entre jugadores y no jugadores. La acuracidad de la clasificación diagnóstica es elevada, la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 97,5%, con lo que se consigue una eficacia diagnóstica del 97,88%.

CUESTIONARIO DE JUEGO PATOLÓGICO FAJER

Este cuestionario, desarrollado para satisfacer la demanda de la Federación Andaluza de Jugadores en Rehabilitación (Salinas, 1999; Salinas y Roa, 2001), se basa en el criterio diagnóstico del DSM-IV, pero en lugar de trasponer los diez ítems en sus mismos términos pretende recoger pensamientos, sensaciones y conductas que experimentan los jugadores de nuestro entorno y que reflejan las formas en que ellos materializan los ítems del criterio del DSM-IV. El punto de partida fue un conjunto de entrevistas en profundidad a miembros y técnicos de FAJER para analizar la validez de contenido de los ítems del DSM-IV entre los jugadores andaluces y las formas en que se manifiestan. A continuación se redactaron 73 ítems que debían hacer referencia a un solo criterio y mostrar un gradiente de gravedad en el mismo. Para la redacción se recurrió a ítems de cuestionarios preexistentes que cumpliesen las condiciones anteriores y a expresiones utilizadas por los jugadores para describir su comportamiento cuando eran jugadores activos. El análisis de los ítems redujo su número en el cuestionario definitivo a 50. Cada ítem presenta tres alternativas de respuesta: nunca; a veces; muchas veces que se puntúan cero, uno y dos. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems y puede tomar valores entre cero y cien.

Los datos de fiabilidad y validez se obtuvieron a partir de una muestra de 62 jugadores patológicos al inicio del programa de rehabilitación y de una muestra aleatoria de la población de la ciudad de Granada de 140 personas. La consistencia interna de la escala se estimó por el coeficiente alfa, cuyo valor fue 0,905 en la muestra de jugadores, 0,915 en la muestra de la población general y de 0,972 considerando ambas muestras

conjuntamente. Con referencia a la validez, las puntuaciones del cuestionario discriminan claramente entre jugadores y no jugadores, estando prácticamente separadas las distribuciones de ambos grupos. Esto hace que las puntuaciones medias de ambos grupos difieran substancialmente: 3,37 (s.d. = 6,79) para la población general y 40,69 (s.d. = 13,85) para los jugadores. El punto de corte óptimo se sitúa en 21, con el cual se obtiene una sensibilidad del 96,8% y una especificidad del 99,2%. El análisis factorial indica que los diez primeros factores, en los cuales se puede identificar la mayoría de los ítems del criterio del DSM-IV, explican el 65% de la varianza.

CUESTIONARIO ELECTRÓNICO DE JUEGO PATOLÓGICO

Las dificultades que tiene la difusión y acceso a los cuestionarios tradicionales en papel llevó a la construcción de una versión "on line" a la que pudiese acceder cualquier persona a través de Internet (Salinas y Roa, 2002). Las características del medio aconsejaron realizar un cuestionario de screening con un número menor de ítems que el Cuestionario de Juego Patológico FAJER, en el cual está basado. Para cada uno de los diez criterios del DSM-IV, se seleccionaron los dos ítems con correlación ítem, total corregido, más elevada y cuyo contenido fuese suficientemente diferente. Quedan así 20 ítems con la misma estructura de respuesta y sistema de puntuación que en el anterior cuestionario, por lo que la puntuación total varía entre cero y cuarenta. Este cuestionario puede verse y cumplimentarse en la dirección siguiente:

<http://www.ugr.es/local/jsalinas/cudijupa.htm>

Los datos de fiabilidad y validez se obtuvieron de las mismas muestras que el cuestionario anterior, 62 jugadores y 140 personas de población general. La consistencia interna, valorada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanza el valor 0,93 para la muestra conjunta de ambos grupos. En la muestra de jugadores su valor es 0,83 y en la población general, 0,76. La validez concurrente con el cuestionario original es elevada ($r = 0,986$). La puntuación discrimina claramente ambos grupos; la puntuación media de la muestra de población general era 1,19 (s.d. = 2,76), mientras que en la muestra de jugadores patológicos era 15,95 (s.d. = 6,65). El punto de corte óptimo es cinco; con él se consigue una sensibilidad del 98,4% y una especificidad del 93,5%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, M.W.; Volberg, R.A., y Rönnerberg, S. (2004). Comparing the New Zealand and Swedish National Surveys of Gambling and Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies* 20(3):237-258.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM III, Washington.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM III-R, Washington.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM IV, Washington.
- Blażczynski, A. (1999). Pathological gambling: An impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder? *Anuario de Psicología* 30(4):93-109.
- Becoña, E. (1993). *El Juego Compulsivo en la Comunidad Autónoma Gallega*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Becoña, E. (1996). Prevalence Surveys of Problem and Pathological Gambling in Europe: The Cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies* 12(2):179-192.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuario de Psicología* 30(4):7-19.
- Becoña, E.; Labrador, F.; Echeburúa, E.; Ochoa, E., y Vallejo, M.A. (1995). Slot machine gambling in Spain: An important and new social problem. *Journal of Gambling Studies* 11(3):265-286.
- Comings, D.E.; Rosenthal, R.J.; Lesieur, H.R., y Rugle, L. (1996). A study of de dopamine D2 receptor gene in pathological gambling. *Pharmacogenetics* 6:223-234.
- Culleton, R.P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *Journal of Gambling Behavior* 5:22-41.
- Custer, R.L. (1989). Foreword. En: H.J. Shafer, S. Stein, B. Gambino y T. Cummings (Eds). *Compulsive gambling. Theory, research and practice*. pp 9-10. Lexington, MA: Lexington Books.
- Derevensky, J.L., y Gupta, R. (2000). Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *Journal of Gambling Studies* 16:227-251.
- Dickerson, M. (1987). The future of gambling research, learning from the lessons of alcoholism. *Journal of Gambling Behavior* 3:248-256.

- Dickerson, M. (1993). Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual* 1(3):339-349.
- 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(74):769-785.
- Emerson, M.O., y Laudergeran, J.C. (1996). Gambling and problem gambling among adult Minnesotans: Changes 1990 to 1994. *Journal of Gambling Studies* 12:291-304.
- Fernández-Montalvo, J.; Echeburúa, E., y Báez, C. (1995). El Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Un nuevo instrumento de screening. *Análisis y Modificación de Conducta* 21:211-223.
- Fisher, S.E. (1992). Measuring pathological gambling in children: The case of fruit machines in the UK. *Journal of Gambling Studies* 8:263-285.
- Fisher, S.E. (2000). Measuring the prevalence of sector-specific problem gambling: A study of casino patrons. *Journal of Gambling Studies* 16(1):25-51.
- Ibáñez, A.; Blanco, C.; Pérez de Castro, I.; Fernández-Piqueras, J., y Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies* 19(1):11-22.
- Johnson, E.E.; Hamer, R.; Nora, R.M.; Tan, B.; Eisenstein, N., y Engelhart, C. (1997). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports* 80:83-88.
- Johnson, E.E.; Hamer, R., y Nora, R.M. (1998). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers: A follow-up study. *Psychological Reports* 83:1219-1224.
- Kuley, N.B., y Jacobs, D.F. (1988). The relationship between dissociative-like experiences an sensation seeking among social and problem gamblers. *Journal of Gambling Behavior* 4:197-207.
- Ladouceur, R.; Bouchard, C.; Rheume, N.; Jacques, C.; Ferland, F.; Leblond, J., y Walker, M. (2000). Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *Journal of Gambling Studies* 16(1):1-24.
- Lesieur, H.R. (1993). Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores en los Estados Unidos. *Psicología Conductual* 1(3):389-407.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 144:1184-1188.
- Lesieur, H.R., y Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies* 9(3):213-223.

- National Opinion Research Center (1999). *Gambling Impact and Behavior Study*. Chicago. National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10ª revisión ICD-10*. Washington DC. OPS 2ª reimpresión.
- Rosecrance, J. (1985). Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social Problems* 32:375-284.
- Rosenthal, R.J. (1989). Pathological Gambling and Problem Gambling: Problems of Definition and Diagnosis. En: H.J. Shafer, S. Stein, B. Gambino y T. Cummings (Eds). *Compulsive gambling. Theory, research and practice*. pp 101-125. Lexington, MA: Lexington Books.
- Salinas, J.M. (1999). *Programa de Diagnóstico y Evaluación del Jugador Patológico*. Granada. Universidad de Granada.
- Salinas, J.M., y Roa, J.M. (2001). Cuestionario de diagnóstico del juego patológico FAJER. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 1(2):353-370.
- Salinas, J.M., y Roa, J.M. (2002). El screening de la adicción al juego mediante Internet. *Adicciones* 14(3):303-312.
- Secades, R., y Villa, A. (1998). *El juego patológico: Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Selzer, M.L.; Vonokur, A., y van Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol* 36:117-126.
- Shafer, H.J. (1985). The disease controversy: Of metaphors, maps, and menus. *Journal of Psychoactive Drugs* 17(2):65-76.
- Shafer, 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*. Boston. Harvard Medical School, Division of Addictions.
- Shafer, H.J.; LaBrie, R.; Scanlon, K.M., y Cummings, T.N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies* 10:339-362.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors* 27(1):1-20.
- Ursua, M.P., y Uribelarrea, L.L. (1998). 20 questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies* 14(1):3-15.
- Volberg, R. (1998). *The Evolution of Gambling in North America*. Keynote Address, Alberta Lotteries and Gaming Summit. Medicine Hat, Alberta.

- Volberg, R. (1999). Reserch methods in the epidemiology of pathological gambling: Development on the field and directions for the future. *Anuario de Psicología* 30(4):33-46.
- Volberg, R., y Banks, S.M. (1990). A review of two measures of pathological gambling in the United States. *Journal of Gambling Studies* 6:153-163.
- Walker, M.B. (1992). *The Psychology of Gambling*. Oxford. Pergamon Press.
- Winters, K.C.; Stinchfield, R., y Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* 9(1):63-84.
- Winters, K.C.; Specker, S., y Stinchfield, R. (1997). *Brief manual for use of the Diagnostic Interview for Gambling Severity*. Minneapolis, MN. University of Minnesota Medical School.
- Zimmerman, M.A.; Meeland, T., y Krug, S.E (1985). Measurement and structure of pathological gambling behavior. *Journal of Personality Assesment* 49(1):76-81.