

# El screening de la adicción al juego mediante internet

SALINAS MARTÍNEZ, J.M.; ROA VENEGAS, J.M.

Departamento de Psicología Social y Metodología. Universidad de Granada.

Enviar correspondencia:

José María Salinas Martínez de Lecea. Departamento de Psicología Social y Metodología. Universidad de Granada. Campus de Cartuja. Facultad de Psicología. 18071 Granada. jsalinas@ugr.es

## RESUMEN

Basándonos en los criterios del DSM-IV y en los resultados del Cuestionario de Juego Patológico FAJER, se ha elaborado un cuestionario en soporte electrónico instalado en la "red", que permite una primera detección del posible juego patológico. El análisis de los ítems se ha basado en dos muestras, una de 62 jugadores en inicio de rehabilitación y otra de 140 sujetos de la población general. El cuestionario final presenta una elevada fiabilidad (Alfa de Cronbach = 0,9325) y adecuada validez discriminativa (sensibilidad = 98,4% y especificidad = 93,5%). El análisis factorial muestra correspondencia entre los factores obtenidos y los ítems diagnósticos del DSM-IV.

**Palabras Clave:** *juego patológico, screening, cuestionario, Internet.*

## ABSTRACT

Using DSM-IV criteria as a basis and the results of the FAJER Pathological Gambling Survey, an on-line questionnaire was posted on the Internet to screen for pathological gambling. Analysis of the items was based on two samples, one of 62 gamblers commencing rehabilitation and another of 140 subjects from the general population. The final questionnaire presents a high reliability (Cronbach's Alpha = 0,9325) and appropriate discriminative validity (Sensitivity = 98,4% and Specificity = 93,5%). The factorial analysis shows correspondence between the factors obtained and the DSM-IV diagnostic items.

**Key Words:** *pathological gambling, screening, questionnaire, Internet.*

## 1. INTRODUCCIÓN.

Los Juegos de Azar son actividades organizadas por una persona o entidad, en las cuales se cobra una cantidad por participar en ella (apuesta) y se asigna un premio a uno o varios de los participantes, mediante un mecanismo de azar, en el cual no interviene de forma significativa la habilidad de los participantes. Como la cantidad repartida en premios es siempre inferior a lo recaudado de los participantes, la entidad organizadora obtiene unos beneficios y está interesada en promocionar y extender la participación en su juego (Walker 1992). Los participantes gastan su dinero en los Juegos de Azar, porque prefieren la ilusión de obtener un gran premio, aunque esta sea remota, a los bienes que pueden conseguir de forma segura con la cantidad relativamente pequeña, que se les pide por participar (Wagenaar 1988).

Mientras todos los participantes se mantienen en un gasto pequeño con respecto a su nivel de ingresos, el juego es una diversión inofensiva que ayuda al establecimiento y fortalecimiento de las relaciones familiares y sociales (Deveraux 1968). Sin embargo,

como conoce todo aquél que ha tenido relación con adictos al juego, existen personas que no pueden resistir el impulso de jugar y se dedican a esta actividad de forma creciente y descontrolada, hasta el punto de que su práctica de los juegos de azar entra en conflicto con sus objetivos personales y familiares impidiendo en la mayoría de los casos el desarrollo de una vida normal (Custer y Milt 1985). Este proceso conduce a una dependencia emocional del juego que es visto, no como la fuente de los problemas del jugador, sino como la única solución a las dificultades económicas que le asedian y un refugio donde evadirse (Echeburúa y Báez 1990). De esta forma, el jugador va hundiéndose progresivamente en su adicción.

Desgraciadamente, este es un tema de actualidad al que hay que prestarle atención porque, en el caso de nuestro país, se viene cumpliendo la predicción hecha por Blaszczynski (1993): "La expansión de las oportunidades de juego actualmente en España, Alemania y Holanda y otros países de Europa apuntan al hecho de que, como en América, el Reino Unido y Australia, el juego patológico se convertirá cada vez más en una cuestión de salud pública."

Si el diagnóstico precoz de cualquier patología es un elemento fundamental para abordar con éxito su tratamiento, más aún se cumple este principio en el caso del Juego Patológico, donde un problema de dependencia del juego detectado en sus fases iniciales, o incluso en el estadio de jugador en proceso de adicción al juego, puede ser una mera anécdota resuelta sin daño.

Sin embargo, ésta no es la situación habitual, el jugador patológico, como norma general, llega al tratamiento después de años de dependencia habiendo recorrido todas las fases de la adicción al juego y cuando el deterioro personal, de su patrimonio, de sus relaciones familiares y sociales ha llegado a tal punto que hace muy difícil la recuperación total del jugador y su familia.

Y esto es así porque los problemas con el juego son la adicción invisible (Lesieur 1986), el jugador patológico no tiene marcas que lo delaten, no sufre un deterioro de sus facultades que lo ponga en evidencia, no tiene que frecuentar barrios marginales ni lugares específicos para adquirir las sustancias que provocan su adicción, el juego está disponible en los lugares donde hacemos nuestra vida cotidiana. Además la mayor parte de la sociedad no es consciente de esta patología (Mc Cormick y Ramírez 1988) y así mientras todo el mundo rehuye al heroinómano, o al consumidor de cannabis, nadie repara ni se siente incómodo al lado del sujeto que de forma reiterada y persistente introduce monedas en la máquina "tragaperras" o que consume largos periodos de tiempo y grandes cantidades de dinero en ese "bingo" por delante del cual pasamos cada día. Tanto es así que cuando las pérdidas económicas y el deterioro de la convivencia son tan evidentes que ya no pueden ocultarse muchos familiares atribuyen la existencia de estos conflictos a problemas de infidelidad o de otro tipo, sin imaginar la realidad de un problema de juego.

Por otra parte, los trastornos psicósomáticos que puede padecer el jugador patológico como inquietud, irritabilidad, cefaleas, migrañas, insomnio, trastornos del aparato digestivo (Rosenthal y Lesieur 1992) o las alteraciones de conducta en el trabajo o los estudios, como retrasos, excusas para faltar, bajas por padecimientos físicos, falta de concentración, etc. (Becoña 1996) se manifiestan o son puestos en conocimiento de personas que no son profesionales del tratamiento de las adicciones, por lo que dada la falta de información que en general existe sobre este trastorno, raramente lo atribuirán a problemas con el juego.

Sin embargo, sería de gran utilidad que los profesionales del sistema de atención primaria de salud fuesen capaces de detectar en estas personas un problema de juego, ya que en estos casos, esa es realmente la patología que padecen y a la que hay que dirigir la atención (Fernández-Montalvo y Echeburúa 1997). También sería interesante que los profesionales

del medio educativo dispusieran de un elemento de exploración inicial del juego patológico, pues cada vez hay más jóvenes que demandan asistencia por problemas de juego (Secades y Villa 1998) lo que lleva a pensar que la prevalencia entre los jóvenes es bastante elevada. Así mismo hay otras profesiones, como trabajadores sociales, abogados, etc. que pueden entrar en contacto de forma regular en su actividad con personas adictas al juego. Si todas ellas dispusieran de un elemento sencillo que permitiese una valoración inicial de los problemas de juego y la derivación de estas personas a los profesionales o las instituciones especializadas en esta materia, se habría dado un paso adelante en el tratamiento de esta patología que afecta a un número de españoles situado entre 400.000 y 585.000 (Ochoa y Labrador 1994).

Si nos restringiésemos a los medios tradicionales de cuestionarios impresos, la distribución del material a unos colectivos tan amplios como los que hemos señalado, crearía un problema logístico de dimensiones muy superiores a las que pueden abordar las instituciones dedicadas a la asistencia del jugador patológico. Es por ello que hemos recurrido a Internet como una forma rápida, económica e interactiva de poner a disposición de cualquiera que lo necesite, un instrumento de screening del juego patológico. Surge así el Cuestionario Electrónico de Juego Patológico.

Aparte de las ventajas de economía y accesibilidad de este medio, la interactividad del mismo, permite su empleo y valoración inicial sin necesidad de información adicional sobre el mismo. Por otra parte la metodología empleada en su confección garantiza la confidencialidad total de las respuestas y de la valoración de las mismas, por lo que creemos que también puede ser un elemento de autoevaluación para aquellas personas que tienen dudas acerca de su relación con el juego.

El presente artículo tiene dos objetivos claramente definidos: El primero difundir su existencia y dar a conocer la forma en que puede accederse a él. En este momento el cuestionario se encuentra disponible en las siguientes direcciones:

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

<http://www.terra.es/personal6/agrajer/cudijupa.htm>

<http://psicologia-online.com/autoayuda/jp/test.htm>

El segundo objetivo es proporcionar las características psicométricas del cuestionario, de tal forma que el profesional que lo utilice pueda hacer una valoración más precisa de los resultados. En este sentido la corrección del cuestionario permite dos opciones, una valoración inicial que clasifica a los respondedores en tres grandes grupos: Personas sin problemas de juego, jugadores en riesgo de adicción y posibles jugadores patológicos y otra corrección que proporciona la puntuación del sujeto y que debe ser valorada por un

experto, en función de las características y escalas que se proporcionan a lo largo del presente artículo.

## 2. CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO.

### 2.1. Redacción de los ítems.

La elaboración de los ítems de este cuestionario es deudora del trabajo realizado previamente para la construcción del Cuestionario de Juego Patológico de FAJER (Salinas y Roa 2001). En resumen el procedimiento seguido fue el siguiente:

Como información previa se entrevistó a jugadores rehabilitados y psicólogos de las distintas asociaciones de FAJER, acerca de los diez ítems del DSM IV (APA 1.994) para identificar las situaciones y formas concretas en que se manifestaban estos criterios abstractos. A partir del análisis pormenorizado de las respuestas dadas en la entrevistas se concluyó que el criterio del DSM IV era válido para los adictos al juego de esta Comunidad, ya que todos los entrevistados mostraban cinco ítems o más. Además, con mayor o menor frecuencia, en esta población se presentaban los diez ítems.

A partir de las expresiones y comportamientos descritos en las entrevistas se procedió a la redacción del cuestionario previo, atendiendo a los siguientes criterios:

1. Cada ítem debía hacer referencia a un solo criterio del DSM IV.
2. El conjunto de los ítems de un criterio debía de presentar un gradiente de gravedad.
3. Los ítems debían presentar las conductas que se dan entre los jugadores de nuestro país y con las expresiones que ellos utilizan.

De acuerdo con estos criterios se redactaron 73 ítems que en el proceso de análisis quedaron reducidos a los 50 que constituyen el cuestionario anteriormente mencionado. Sin embargo, este cuestionario, por su extensión, no se adaptaba bien al formato de una página web. Por ello los ítems han sido reanalizados, como se describe a continuación, para conseguir un conjunto reducido, mejor adaptado a la estructura de este nuevo medio que es la red y a los fines de "screening" que se pretenden con él y que sigue manteniendo apreciables propiedades psicométricas.

### 2.2. Análisis de los ítems.

En el análisis de los ítems se utilizaron dos muestras, la primera constituida por 64 jugadores patológicos que estaban en la fase inicial del programa de rehabilitación en las asociaciones miembros de

FAJER. Se descartaron dos cuestionarios, por no estar adecuadamente cumplimentados, por lo que se procesaron las respuestas de 62 sujetos, 54 hombres y 8 mujeres.

Para la segunda muestra, se extrajo por un procedimiento bietápico, una muestra aleatoria de la población general de la ciudad de Granada. En la primera etapa se seleccionaron, con probabilidades proporcionales a sus tamaños para que la muestra fuese autoponderada, 16 secciones censales. En segunda etapa se seleccionaron, mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio, 12 personas en cada sección, no se pudo encuestar a 40 personas que casi en su totalidad eran inclusiones indebidas en las listas por no residir ya en esas secciones. Finalmente, se entrevistaron en su domicilio 152 sujetos, de los cuales se obtuvieron 140 cuestionarios válidos, 72 hombres y 68 mujeres. De acuerdo con lo expuesto por Domenech (1977) sobre el número de individuos que debe contener el grupo normativo, si se trata de evaluar mediante percentiles tendríamos un error de  $\pm 8,45$ . Si se trata de evaluar mediante puntuaciones estándar tendríamos que la estimación de la media de la población se haría con un error de  $\pm 0,46$ , por lo que el error sería aproximadamente de  $\pm 0,17$  para puntuaciones  $z$ .

La selección de los ítems que constituirían finalmente el cuestionario reducido de juego patológico se hizo de la siguiente forma: De cada criterio se seleccionaron dos ítems teniendo en cuenta como criterio que fueran los dos ítems con correlación, ítem-total corregido, más alta. También tuvimos en cuenta que el contenido de dichos ítems fueran lo suficientemente diferentes.

El procedimiento anteriormente descrito se hizo de forma conjunta para los datos de ambas muestras y también por separado. En los pocos casos de discrepancia en ambas muestras, se tomó como criterio preferente el comportamiento del ítem en la muestra de jugadores patológicos, por ser la población objetivo del instrumento que se pretende construir.

El resultado final de este proceso fue el cuestionario de 20 ítems que se presenta en el Apéndice final.

### 2.3. Fiabilidad.

El procedimiento seguido en la construcción del test garantiza una elevada consistencia interna del mismo, así se obtiene un alfa de Cronbach de 0,8259 en la muestra de jugadores y de 0,7599 en la muestra de la población general. Si se considera conjuntamente ambas muestras el alfa de Cronbach alcanza el valor 0,9325.

La tabla siguiente, proporciona las correlaciones entre las puntuaciones de cada ítem y el total corregido:

**TABLA 1. Correlaciones entre puntuaciones de cada ítem y el total corregido.**

Pregunta	Criterio DSM-IV	*Ítem seleccionado	Correlación ítem-total	Alfa si el ítem es eliminado
1	1	3	0,7432	0,9268
2	1	10	0,6873	0,9280
3	2	4	0,8129	0,9249
4	2	6	0,5555	0,9305
5	3	2	0,8242	0,9247
6	3	5	0,8013	0,9252
7	4	1	0,7780	0,9258
8	4	3	0,7205	0,9276
9	5	7	0,3610	0,9331
10	5	9	0,2553	0,9341
11	6	4	0,3832	0,9404
12	6	6	0,7788	0,9259
13	7	2	0,7458	0,9266
14	7	6	0,6288	0,9294
15	9	3	0,6800	0,9282
16	9	5	0,7591	0,9262
17	10	3	0,5229	0,9309
18	10	4	0,7202	0,9274
19	8	7	0,3490	0,9336
20	8	11	0,4496	0,9325
<b>COEFICIENTE DE FIABILIDAD "ALFA" = 0,9325</b>				
* La selección es del cuestionario realizado de 50 preguntas				

El método de las dos mitades también proporciona elevados índices de fiabilidad. Para calcularlos se formaron los 10 pares de ítems posibles que cumplieran la condición de que ambos ítems perteneciesen al mismo criterio. De esta forma, las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones totales de ambas mitades fueron de 0,6800 en la muestra de jugadores, de 0,6896 en la de la población no jugadores y de 0,8756 en la muestra total. De acuerdo con la fórmula de Spearman-Brown la fiabilidad que se obtiene para el total de los 20 ítems del cuestionario sería de 0,8095 en la muestra de jugadores, 0,8163 en la muestra de no jugadores y 0,9337 en la muestra total.

#### 2.4. Validez

La validez concurrente obtenida en la correlación entre el cuestionario total y el reducido ha sido de 0,9860. Validez concurrente calculada para ambos cuestionarios en la muestra conjunta de jugadores (62) y no jugadores (140).

Con respecto a la validez discriminante, a continuación se presenta la distribución de frecuencias de la puntuación total en el cuestionario en ambas muestras:

**TABLA 2. Distribución de frecuencias de la puntuación total en la muestra de la población general.**

PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
0	96	69,3	69,3
1	15	10,7	80,0
2	6	4,3	84,3
3	6	4,3	88,6
4	4	2,9	91,4
5	2	1,4	92,6
6	4	2,9	95,7
7	1	0,7	96,4
8	1	0,7	97,1
12	1	0,7	97,9
13	1	0,7	98,6
15	1	0,7	99,3
16	1	0,7	100
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100</b>	

**TABLA 3. Distribución de frecuencias de la puntuación total en la muestra de jugadores en rehabilitación.**

PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
2	1	1,6	1,6
5	1	1,6	3,2
6	3	4,8	8,1
8	2	3,2	11,3
9	2	3,2	14,5
10	4	6,5	21,0
11	4	6,5	27,4
12	3	4,8	32,3
13	4	6,5	38,7
14	3	4,8	43,5
15	2	3,2	46,8
16	3	4,8	51,6
17	6	9,7	61,3
18	4	6,5	67,7
18	6	9,7	77,4
20	1	1,6	79,0
21	1	1,6	80,6
22	2	3,2	83,9
23	3	4,8	88,7
26	3	4,8	93,5
28	1	1,6	95,2
29	1	1,6	96,8
30	1	1,6	98,4
37	1	1,6	100
<b>TOTAL</b>	62	100	

Estas dos distribuciones son claramente diferentes tanto en promedio, la muestra de población general presenta una media de 1,19 (SD = 2,76) mientras que en la muestra de jugadores patológicos la media fue 15,95 (SD = 6,65), esta diferencia entre las medias de ambos grupos es estadísticamente significativa ( $U = 140,0$ ;  $p < 0,0001$ ), como en términos de Funciones de Distribución empíricas, el máximo de las diferencias entre las Funciones de Distribución de ambas muestras es 0,898 que es claramente significativa en términos estadísticos ( $Z$  de Kolmogoroff-Smirnoff = 5,888;  $p < 0,0001$ ).

Las anteriores distribuciones de frecuencias dan origen a la siguiente escala percentílica (ver tabla 4).

El punto de corte óptimo en las puntuaciones es el 5, con él se consigue una sensibilidad (proporción de jugadores en rehabilitación identificados como jugadores dependientes) del 98,4% y una especificidad (proporción de la población general identificados como no dependientes) del 91,4%. En realidad, si algunos de los sujetos de la muestra de la población general fuese un jugador dependiente, la especificidad del cuestionario sería aún mayor. De acuerdo con los resultados del cuestionario de 50 ítems (Salinas, Roa, 2001) y de la información complementaria que se

recogió sobre frecuencia e intensidad del juego (Salinas 1999). La muestra de la población general hay tres sujetos con claros indicios de dependencia del juego que representan un 2,1% de la muestra, por lo cual la especificidad se elevaría hasta el 93,5%.

No obstante estos resultados pueden oscilar levemente en función de las variaciones muestrales y como quiera que el tamaño de los estudios conseguidos hasta la fecha no es lo suficientemente grande como para que pueda afirmarse que es definitivo, proponemos la siguiente escala de forma tentativa para orientar a los evaluadores en la interpretación de los resultados. Es la que se utiliza en nuestro cuestionario electrónico para determinar el mensaje que se muestra al pedir la evaluación aproximada.

Para valorar la validez de constructo del cuestionario hemos realizado un Análisis Factorial de las respuestas en el cuestionario, tanto sobre la totalidad como sobre la muestra correspondiente a los jugadores en rehabilitación.

Para la muestra total, se extrajeron los factores por el método de Componentes Principales. Se obtuvieron tres factores con autovalores superiores a 1. Las

**TABLA 4. Escala percentilica.**

PERCENTILES	JUGADORES 62	NO JUGADORES 140
1	2,00	0,00
5	6,00	0,00
10	8,00	0,00
15	9,45	0,00
20	10,00	0,00
25	11,00	0,00
30	12,00	0,00
35	13,00	0,00
40	14,00	0,00
45	15,00	0,00
50	16,00	0,00
55	17,00	0,00
60	17,00	0,00
65	18,00	0,00
70	19,00	1,00
75	19,00	1,00
80	21,40	1,80
85	23,00	3,00
90	26,00	4,00
95	28,85	6,00
99	37,00	15,59

**TABLA 5. Baremo de evaluación.**

PUNTUACIÓN	DIAGNÓSTICO
De 0 hasta 4	No jugador
De 5 hasta 9	Jugador con riesgo
10 ó más	Jugador dependiente

saturationes de los ítems en estos tres factores se muestran en la tabla 6.

El primer factor que explica el 47,48% de la varianza puede considerarse como representativo del constructo que el cuestionario está evaluando, todos los ítems, a excepción del 10, saturan por encima de 0,35 en él. Además el porcentaje de varianza explicada dis-

**TABLA 6. Matriz de componentes para la muestra total.**

PREGUNTA	COMPONENTES		
	1	2	3
5	0,838		
3	0,837		
6	0,834		
7	0,821		
12	0,809		
16	0,789		
13	0,783		
1	0,782		
18	0,766		
8	0,757		
2	0,737		
15	0,727		
14	0,672		
4	0,611	0,398	
17	0,574		
11	0,422		
19	0,399	0,723	
20	0,502	0,699	
10			0,702
9	0,401		0,591

\* Se han suprimido las saturaciones inferiores a 0,35.

minuye drásticamente para el segundo (7,67%) y tercer factor (6,6%). Por ello lo identificamos como "Factor general de dependencia del juego".

En el segundo factor saturan fundamentalmente en el ítem 19, el 20 y en menor medida el 4:

19.- *¿Has pedido dinero a prestamistas o usureros para jugar?*

20.- *¿Has cometido hurtos, robos, u otros delitos para conseguir dinero con el que jugar?*

4.- *¿Gastas todo el dinero, hasta el punto de no poder pagar las consumiciones, o tener que regresar andando?*

Este es un factor que indica un alto grado de dependencia, de hecho en los ítems 19 y 20 solo puntúan los jugadores en tratamiento y en el ítem 4 solo ha habido una persona de la población general que haya puntuado. Dado el contenido de los ítems que

identifican este factor, lo hemos denominado "Descontrol conductual en la adquisición del dinero".

El tercer factor viene identificado por el ítem 10 y en menor medida por el 9:

10.- *¿Juegas para serenarte antes de afrontar gestiones en el Ayuntamiento, Hacienda, Tráfico, etc.?*

9.- *¿Juegas para demostrar tu capacidad o destreza a los demás?*

Que son los dos ítems que se han redactado para responder al criterio 5 del DSM IV, puntuarían en este factor aquellos sujetos que utilizan el juego como "Conducta de escape".

En los jugadores en rehabilitación se extrajeron los factores por el método de Componentes Principales y se procedió a una rotación Varimax para mejorar la interpretabilidad de los mismos, los resultados fueron:

**TABLA 7. Matriz de componentes rotados para la muestra de jugadores.**

	COMPONENTES						
	1	2	3	4	5	6	7
9	0,810						
10	0,731						
14	0,643						
18	0,534						
19		0,818					
20		0,748					
4		0,696					
7			0,792				
8			0,721				
2			0,548				
13				0,702			
1				0,664			
11				0,531			
5					0,779		
3					0,772		
16					0,511		
17						0,845	
15						0,676	
12							0,693
6							-0,542

\* Se han suprimido las saturaciones inferiores a 0,35.

Se obtienen así siete factores con capacidades explicativas muy semejantes, el primer factor explica un 11,2% de la varianza, el segundo un 10,8%, el tercero el 10,6%, el cuarto 9,8%, el quinto 9,6%, el sexto 9,5% y el séptimo 6,2%. Atendiendo al contenido de los ítems en que saturan fundamentalmente estos factores les hemos otorgado las denominaciones siguientes:

Factor 1.- Conducta de escape.

Factor 2.- Descontrol conductual en la adquisición del dinero.

Factor 3.- Irritabilidad

Factor 4.- Ocultación y centralidad en el juego

Factor 5.- Persistencia en el juego persiguiendo las ganancias

Factor 6.- Pérdida de la centralidad del rol laboral

Factor 7.- "Caza" de lo perdido.

### 3. DISCUSIÓN

Creemos que nuestro cuestionario es perfectamente equiparable en términos de fiabilidad con otros cuestionarios existentes en español, de longitud equivalente. De éstos los más conocidos son las versiones españolas del "South Oaks Gambling Screen" (SOGS) y de la Escala de las veinte cuestiones de Jugadores Anónimos (GA20).

Con respecto al primero, los autores de la validación, (Echeburúa et al 1994) informan de que con una muestra de 72 jugadores y con una muestra de 400 sujetos de población "normal" obtienen un alfa de Cronbach de 0,94. En nuestro estudio con una muestra de 62 jugadores y 140 sujetos de población general, se obtiene un alfa de 0,9325. Sin embargo, cuando calculan dicho índice por separado para las muestras de jugadores y no jugadores, en el SOGS obtienen, para la muestra de jugadores,  $\alpha = 0,66$  y para la muestra "normal"  $\alpha = 0,75$ . Para nuestro cuestionario dichos coeficientes son  $\alpha = 0,8259$  para los jugadores y  $\alpha = 0,7599$  para la población general, por lo que creemos que a igualdad de tamaño muestral nuestro cuestionario presentaría mejor índice de consistencia interna.

Con respecto al segundo Prieto y Llavona (1998) aportan un estudio psicométrico del mismo en población española. Con una muestra de 127 jugadores y otra de población "normal" de 142 sujetos obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,94 y una fiabilidad de 0,95 con la fórmula de Spearman-Brown, sin que informen de dichos índices para los grupos por separado. En nuestro estudio tenemos 0,9325 para el alfa de Cronbach y 0,9337 para la fórmula de Spearman-Brown, las mínimas diferencias pueden atribuirse a la diferencia de tamaño del grupo de jugadores, por lo que en este apartado se podrían considerar equivalentes.

Creemos que la validez de contenido es un punto fuerte de nuestro cuestionario, ya que ha sido construido con la referencia del DSM IV y recoge los diez criterios que éste establece. Por el contrario el SOGS está basado en los criterios diagnósticos del DSM III, aunque se adapta parcialmente a las modificaciones introducidas en el DSM III-R. De hecho los autores de la validación española expresan que el SOGS refleja adecuadamente siete de los nueve criterios del DSM III-R, pero que hay dos que no están reflejados de forma suficientemente explícita. Con respecto al GA20 no existen datos de cómo fue construido (Prieto y Llavona 1998), un examen del mismo permite apreciar que aunque una buena parte de los criterios del DSM IV se reflejan en sus cuestiones, no lo hacen de forma equilibrada, falta algún criterio importante y hay preguntas que no parecen tener relación con ellos.

Los Análisis Factoriales realizados confirmaron esta validez de contenido. En nuestro cuestionario el factor general de dependencia del juego explica el 47,48% de

la varianza, mientras que en la validación española del SOGS que es el cuestionario habitualmente utilizado para el "screening" del juego patológico, el primer factor, identificado igualmente como dependencia del juego, sólo explicaba el 37% de la varianza. Además, la estructura factorial de las respuestas de la muestra de jugadores patológicos reproduce en gran medida los ítems del criterio diagnóstico del DSM IV.

Posiblemente el punto más controvertido de todos estos cuestionarios de "screening" sea el referido a su validez discriminante. Con respecto a la sensibilidad los tres cuestionarios son aparentemente equivalentes, en el artículo citado, el SOGS presenta una sensibilidad del 95% con el punto de corte de la versión original, 5 puntos, y del 100% situando el punto de corte en 4 puntos. Para el GA20 la sensibilidad es del 98,42%, prácticamente igual que la que hemos obtenido para nuestro cuestionario que es del 98,4%. Las diferencias surgen al considerar la especificidad de los cuestionarios, en los trabajos mencionados se da una especificidad del 99,29% para el GA20 y del 98% para el SOGS, mientras que en nuestro estudio ésta se reduce al 93,5%.

En nuestra opinión, este 5% de diferencia se debe a la naturaleza de las muestras. En los estudios citados, el grupo normativo estaba constituido por sujetos "normales" o "no-patológicos" y que además habían sido seleccionados para igualarlos en edad al grupo de jugadores. Esta selección sugiere que en dicho grupo no se incluyen sujetos con síntomas de adicción al juego, de esta forma se produce una separación extrema y quizás algo artificial, entre ambos grupos. Por el contrario nuestro grupo normativo está formado por una muestra estrictamente aleatoria de la población general, donde se incluyen desde no-jugadores hasta jugadores patológicos pasando por todas las situaciones posibles con respecto al juego.

Esta diferencia en la especificidad de los cuestionarios en función de la naturaleza de la muestra del grupo normativo, conecta con el problema de los falsos positivos y la supuesta sobreestimación de la prevalencia cuando ésta se determina a través de encuestas que utilizan un cuestionario de "screening" (Culleton 1989, Dickerson 1993).

En primer lugar hay que decir, para que se vea que no es un problema trivial y que tiene múltiples matices que deben ser considerados antes de emitir un juicio sobre la idoneidad de estos cuestionarios, que la existencia de falsos positivos no implica necesariamente una sobreestimación de la prevalencia, como podría parecer a primera vista, puede verse una discusión de este punto en Gambino (1997).

Sin embargo Volberg (1999) proporciona datos de una muestra de Nueva York de 1.654 jugadores a los que se pasó el SOGS y una adaptación de los criterios del DSM IV. En esta muestra, la prevalencia de los que



cunplían el criterio débil de 3 o 4 puntos del DSM IV era 1,81% y aquellos que tenían 5 o más puntos que sería el criterio fuerte, eran el 0,97%. Mientras que con los criterios débiles y fuertes del SOGS se obtenían prevalencias del 2,48% y del 1,51%. Lo que parece confirmar la afirmación de que el SOGS sobrestima la prevalencia del Juego Patológico. Sin embargo, es nuestra opinión que en ese trabajo los criterios establecidos para el DSM IV y el SOGS no son equivalentes. En el trabajo de Lesieur y Rosenthal (1991) que dio lugar a los criterios del DSM IV, el punto de corte óptimo era cumplir cuatro o más, de los criterios, sin embargo el diagnóstico basado en el DSM IV exige que se cumplan cinco o más de ellos. Esto nos lleva a la conclusión de que el punto de corte establecido para un instrumento cuando se utiliza para el "screening", en que se prima la sensibilidad, no puede ser el mismo cuando dicho instrumento se emplea para determinar la prevalencia en una población, pues en este caso debe primar la acuracidad de las estimaciones.

Hay que tener en cuenta que el Juego Patológico se adapta mal al esquema clásico de la epidemiología que necesita clasificar de forma dicotómica y sobre una base objetiva, a los sujetos en casos y controles. Mientras que en la adicción al juego tenemos un continuo que partiendo desde la ausencia total del juego pasa por distintos niveles de participación que podemos catalogar como juego social, atraviesa una barrera difusa en que empezariamos a hablar de juego problemático hasta llegar, a partir de un cierto punto que variará en función de las condiciones personales y sociales, a lo que podemos establecer como una verdadera patología del juego. Por tanto la determinación de la prevalencia en una comunidad o país viene estrechamente ligada a los conceptos teóricos que se tengan sobre el Juego Patológico y su diagnóstico.

En estas situaciones creemos que la determinación de la prevalencia puede realizarse mejor con la información que proporciona como grupo normativo una muestra de la población general que grupos de sujetos "normales" obtenidos por selección, aunque esto pueda exigir modificar el esquema bajo el cual se calcula la prevalencia y la eficacia diagnóstica de una prueba.

Una de las limitaciones de este estudio es lo reducido del tamaño de la muestra y la localización en una sola ciudad del grupo normativo. Obviamente, ambas cuestiones no vinieron determinadas por criterios de representatividad estadística de la muestra, sino más bien por la escasez de recursos disponibles. No obstante, en la actualidad estamos trabajando para conseguir muestras de mayor tamaño y dispersión geográfica que proporcionen información más segura.

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*, Washington, DC: APA

- Becoña, E. (1996). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar
- Blaszczynski, A. (1993). Juego patológico: Una revisión de los tratamientos. *Psicología Conductual*, 1(3), 409-440.
- Culleton, R.P. (1989). The prevalence rates of pathological gambling: A look at methods. *Journal of Gambling Behaviour*, 5, 22-41.
- Custer, R.L. y Milt, H. (1985). *When luck runs out*. New York: Facts on File Publications.
- Deveraux, E. C. (1968). Gambling in psychological and sociological perspective. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 6, 53-62.
- Dickerson, M. (1993). Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual*, 1(3), 339-349.
- Domènech, J.M. (1977). *Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores*. Barcelona: Herder.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1990). Enfoques terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista española de terapia del comportamiento*, 8, 127-146.
- 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, 769-785.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico*. Madrid: Pirámide.
- Gambino, B. (1997). The correction for bias in prevalence estimation with screening tests. *Journal of Gambling Studies*, 13(4), 343-351.
- Lesieur, H.R. (1986). *Understanding compulsive gambling*. New York: Halzeden.
- Lesieur, H.R. y Rosenthal, R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (Prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified) *Journal of Gambling Studies*, 7(1), 5-40.
- McCormick, R.A. y Ramírez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (Ed) *Modern perspectives in psychosocial pathology*. New York: Brunner/Mazel.
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *El Juego patológico*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Prieto, M. y Llavona, L. (1998). 20 questions of Gamblers Anonymous: A psychometric study with population of Spain. *Journal of Gambling Studies*, 14(1), 3-15.
- Rosenthal, R.J. y Lesieur, H.R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal on Addiction*, 1, 150-154.
- Salinas, J.M (1999). *Programa de diagnóstico y evaluación del jugador patológico*. Manuscrito no publicado.
- Salinas, J.M. y Roa, J. (2001). Cuestionario de diagnóstico del juego patológico FAJER. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(2), 353-370.
- Secades Villa, R. y Villa Canal, A. (1998). *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Volberg, R. A. (1999). Research methods in the epidemiology of pathological gambling: Development of the field and

**ANEXO**  
**Cuestionario de Detección del Juego Patológico**

El siguiente cuestionario plantea una serie de preguntas sobre pensamientos sensaciones y conductas relacionados con los juegos de azar en que se apuesta dinero.

Si en el último año usted **NUNCA** ha experimentado o realizado lo que se describe en la pregunta, haga "click" en el botón de la primera columna.

Si en el último año **A VECES** se ha cumplido o realizado lo que se describe en la pregunta, haga "click" en el botón de la segunda columna.

Si en el último año **MUCHAS VECES** ha ocurrido lo que se pregunta, haga "click" en el botón de la tercera columna.

PREGUNTAS	Nunca	A veces	Muchas veces
1. Los pensamientos sobre el juego no te dejan concentrarte en tu trabajo, o en labores como la lectura, o la resolución de cuestiones de la familia.			
2. Los pensamientos sobre cómo conseguir dinero para jugar ¿No te dejan conciliar el sueño o te despiertan de madrugada?			
3. Cuando juegas ¿Te empeñas en seguir jugando hasta que ganas.			
4. Cuando juegas ¿Gastas todo el dinero, hasta el punto de no poder pagar las consumiciones, o tener que regresar andando?			
5. ¿Juegas más dinero de lo que tenías pensado antes de empezar?			
6. ¿Has intentado alguna vez dejar de jugar y no has sido capaz de ello?			
7 ¿Te has sentido nervioso o irritado por no haber podido jugar?			
8. ¿Te sientes irritado si tienes que interrumpir una sesión de juego por una obligación profesional o familiar?			
9. ¿Juegas para demostrar tu capacidad o destreza a los demás?			
10. ¿Juegas para serenarte antes de afrontar gestiones en el Ayuntamiento, Hacienda, Tráfico, etc.?			
11. ¿Piensas que la única forma de resolver tu situación económica es tener un golpe de suerte en el juego?			
12. Después de perder ¿Sientes que tienes que volver, lo antes posible, a jugar para recuperar tus pérdidas?			
13. ¿Buscas para jugar sitios que estén alejados de tu casa?			
14. ¿Sueles decir a la gente que has ganado dinero en el juego aunque hayas perdido?			
15. ¿Has inventado tareas en la calle, visitas al médico, etc. Para poder salir del trabajo e ir a jugar?			
16. ¿Has descuidado obligaciones personales o familiares por estar jugando?			
17. ¿Utilizas o has utilizado para jugar dinero del que manejas en el trabajo?			
18. ¿Has pedido dinero prestado a familiares o amigos para jugar?			
19. ¿Has pedido dinero a prestamistas o usureros para jugar?			
20. ¿Has cometido hurtos, robos, u otros delitos para conseguir dinero con el que jugar?			