



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al
requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

“REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA LUDOPATÍA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA”

Autoras: -Estigarribia, Lurdes. Mat N° 08322/08
-Orlando, Lucía. Mat N° 08407/08
-Visciarelli, Camila. Mat N° 08473/08

Supervisora: Llarull, Graciela

Fecha de Presentación: Mayo 2014

"La que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por el/los alumno/s: Estigarribia, Lurdes de Matrícula N° 08322/08; Orlando, Lucía de Matrícula N°08407/08 y Visciarelli, Camila de Matrícula N° 08473/08 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los días 30 del mes de abril del año 2014".

.....

Llarull Graciela

Supervisora

Informe de la Directora:

Dejo constancia que las alumnas han realizado la investigación con sumo interés en la indagación de una problemática aun novedosa, manifestando compromiso y rigor científico, resolviendo situaciones y generando alternativas apropiadas al curso de la exploración.

La presente Tesina con su aporte, abre un camino de exploración importante al Grupo de Investigación que dirijo sobre la Psicología Jurídica dado el relevamiento de datos sobre la representación de los estudiantes de la carrera de Psicología y resulta valiosa para el grupo por ambigüedad conceptual de tratar al adicto como un delincuente y un enfermo a la vez, por un lado y por lo que genera ante la abstinencia, tendencia a la transgresión de la ley para seguir jugando.

.....

Directora: Lic. Graciela Llarull

Grupo de investigación: GIPJURI

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas: Estigarribia, Lurdes de Matrícula N° 08322/08; Orlando, Lucía de Matrícula N° 08407/08 y Visciarelli, Camila de Matrícula N° 08473/08"

Nota:

.....
Supervisor

.....
Evaluador

Cátedra de radicación:

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del/los alumno/s Estigarribia, Lurdes; Orlando, Lucía y Visciarelli, Camila; de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras ”.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer el apoyo, acompañamiento y guía de nuestra supervisora Graciela Llarull.

Agradecemos a los profesionales Lic. Hugo Richeri y la Lic. Julieta Vacas del Centro de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo de Mar del Plata dependiente del Instituto Provincial de Lotería y Casinos de la Provincia de Buenos Aires por su colaboración y predisposición para con nosotras.

A todos los alumnos de primer año de psicología por su participación desinteresada y voluntaria en nuestra investigación.

A nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional.

A Camila Navarro por el diseño de la portada.

Y por último, queremos agradecer a todos aquellos que forman parte de la Universidad Nacional de Mar del Plata por habernos brindado la posibilidad de realizar y concretar esta carrera.

DEDICATORIA

A mi madre, que me dio la vida y ha estado conmigo en todo momento. Por sus consejos, sus valores, por darme una carrera para mi futuro y confiar en mí.

A mi familia, que directa e indirectamente han participado con su apoyo en la elaboración de la presente tesis.

A Ezequiel, que ha compartido al lado mío todos estos años de estudio. Por sus palabras de aliento en los momentos difíciles, su confianza, paciencia y su amor.

A mis amigos, mis hermanos de la vida, Mariana, Ramiro y Pablo, por estos años recorridos juntos. Por apoyarme siempre, y darme su amistad incondicional.

También aquellos amigos que he encontrado a lo largo de la carrera, y en especial a mis compañeras de tesis Lucía y Camila.

A mi padre, y mis tíos Luis y Ángel, que aunque ya no estén físicamente conmigo, nunca han dejado de acompañarme en mi pensamiento y mi corazón.

Estigarribia, Lurdes.

A mi mamá y a mi papá por estar siempre al lado mio. A mi hermana por quererme tanto. A mi madrina y casi colega por alentarme constantemente.

A mi interminable familia de abuelos, tíos y primos con los que siempre paso un buen rato. A mis familias postizas por estar cerca.

A mis amigos Anto, Rochi, Caro, Vero, Nico, Mati y Charly por bancarme todos estos años. A mis compañeras de tesis y de carrera, Cami y Lu por elegir transitar este camino conmigo.

Orlando, Lucía.

A mi papá y mamá por acompañarme desde el ingreso de la carrera hasta el día de hoy brindándome apoyo, aliento y amor en este camino Universitario.

A mi hermano por compartir las alegrías y las tristezas durante todos los días. A mi familia en general y a mis amigos, quienes estuvieron siempre alentándome a seguir.

Visciarelli, Camila.

ÍNDICE

Introducción.....	Pág.9
Capítulo I: Marco teórico	
1.1 Estado del Arte	Pág.11
1.2 Breve historia de los juegos de azar.....	Pág.18
1.3 El juego compulsivo: ¿Adicción o vicio?.....	Pág.21
1.4 Tipos de juego.....	Pág.26
1.5 Definición de ludopatía.....	Pág.33
1.5.1 Perspectiva psiquiátrica.....	Pág.34
1.5.2 Perspectiva cognitiva.....	Pág.38
1.5.3 Perspectiva psicoanalítica.....	Pág.45
1.6 Definición de representación social según Moscovici.....	Pág.54
Capítulo II: Metodología de investigación	
2.1 Tipo de estudio.....	Pág.56
2.2 Instrumentos de recolección de datos.....	Pág.56
2.3 Población y muestra	Pág.58
Capítulo III: Resultados.....	Pág.59
Capítulo IV: Conclusiones.....	Pág.67
Referencias bibliográficas.....	Pág.70
Anexo.....	Pág.73

INTRODUCCIÓN.

Este trabajo tuvo como objetivo conocer la representación social de la ludopatía en los estudiantes de primer año que cursan la carrera de Licenciatura en Psicología, de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El juego ha estado presente en la vida social desde siempre, desde las civilizaciones más antiguas. Con el transcurrir del tiempo, éste fue evolucionando y adquiriendo diversas formas y características, adaptándose a las distintas sociedades generando así modos colectivos de comportamiento.

El juego puede estar asociado como una forma de diversión, de ocio, de tiempo libre, como competición entre individuos o grupos. Sin embargo, muchas veces se produce un abuso del mismo por diversos motivos.

Mientras el juego para algunas personas, tiene como objetivo la diversión, el placer, en contraparte, encontramos el “juego patológico”, “juego compulsivo”, “ludopatía”, cuyo fin, muchas veces es la evasión de una realidad que resulta frustrante para el sujeto, o la dificultad en algún plano de su vida privada que le es adversa.

Es difícil encontrar una definición unívoca de ludopatía ya que es un trastorno abordado desde diferentes disciplinas como la psiquiatría y la psicología. Además, dentro de la psicología se pueden distinguir dos marcos teóricos que se ocupan del juego compulsivo: el psicoanálisis y la psicología cognitiva. En este trabajo en particular, entendemos la ludopatía desde la perspectiva psicoanalítica. Para la psicología el juego patológico, es considerado una adicción, una enfermedad de carácter psicológico y no orgánico, aunque el cuerpo se vea comprometido tanto en el tiempo de la adicción como en el período de abstinencia.

Comprendemos la representación social, tal como la define Moscovici (1981, p.181), como un

conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común. En esta concepción se plantean cuatro elementos constitutivos de la representación social: la información, la imagen, las opiniones y las actitudes.

El presente trabajo es un estudio descriptivo, basado en un diseño no experimental, transversal.

Los participantes fueron estudiantes que estaban cursando el primer año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. El estudio se realizó con una muestra de 200 alumnos, que hubieran dado su consentimiento previamente.

Para obtener datos acerca de la representación social que tienen los estudiantes sobre la ludopatía, se utilizó una escala Likert. Además, para hablar con informantes claves, se utilizó un cuestionario con el cual se entrevistó a los profesionales específicamente al psicólogo y asistente social del Centro de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo de Mar del Plata.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.

1.1 Estado del Arte.

Entre los antecedentes vinculados con el juego compulsivo, encontramos diferentes investigaciones:

- En países como México, “Ludopatía” de Andeane, Romeron y Martinez (2008); es una investigación que tuvo como objetivo identificar la percepción que tienen los estudiantes de educación superior y sus padres sobre el tema. Se pudo observar un patrón general de proclividad al juego, fundamentalmente entre la población joven, lo que coincide con estudios realizados en otros países como España, Inglaterra, Canadá, Australia y Estados Unidos.
- También variados aportes provenientes de España: en Zaragoza, “Los juegos de azar. Juego social y ludopatía” de Saso, C., Elboj, T. y Lorente, A. (2002); esta investigación tuvo como objetivo conocer los efectos de la ludopatía en el adicto al juego y en la sociedad urbana aragonesa.

Los juegos de azar, en cuanto juegos de apuestas, están ampliamente extendidos entre la población aragonesa. Jugar es una actividad enraizada en la cultura popular española y aragonesa y la practica la inmensa mayoría de la gente. Son múltiples las variedades que pueden jugarse. Sin embargo, el juego de apuestas se convierte en un problema para un 6,6%, se transforma en una ludopatía para un 2,6%. Es decir que, para 1 de cada diez aragoneses, su afición a los juegos de apuesta trasciende aquél contenido lúdico, mágico, social. Deviene práctica incontrolable, adicción. Por otra parte, el 88% de los jugadores compulsivos declaran que volvieron a jugar para

recuperar lo perdido y, sin saber cómo, entraron en una dinámica imparable.

Según las *cohortes de edad* se observa la alta proporción de jugadores problemáticos y patológicos entre los jóvenes de 20 a 24 años. El 46,15% de los jugadores patológicos y el 51,51% de los jugadores problemáticos tienen menos de 30 años de edad. Otros grupos de edad en riesgo son los comprendidos entre los 45 y 49 años dentro de los jugadores problemáticos y el de los 55-59 entre los patológicos. La adicción y la patología se polariza así en dos grupos de población: los más jóvenes y los de más edad.

Si se analiza las tipologías de jugador en función del *estado civil*, se observa como el juego se convierte en un problema mayor para la población soltera. Así, el 76,92% de los jugadores patológicos están solteros frente a un 15,38% de casados y un 7,69% de divorciados. Entre los jugadores problemáticos siguen dominando los solteros, aunque la diferencia porcentual con los casados es menor: los primeros representan el 48,48% y los segundos el 42,42%.

En cuanto a la *situación laboral*, el 63,63% de los jugadores tipificados como problemáticos son trabajadores, mientras que el 21,21% son estudiantes. Pensionistas y desempleados igualan la cifra del 6,06%. Quedan en último lugar las amas de casa con el 3,03%. La situación cambia notablemente si tenemos en cuenta la actividad de los jugadores clasificados como patológicos. Los trabajadores reducen su porcentaje al 38,46% mientras que los estudiantes aumentan su proporción igualando a los primeros. Los pensionistas doblan aquí su importancia llegando al 15,38% seguidos de los desempleados con el 7,69%.

- En Granada, “Ludopatía: un estudio comparativo entre España e Italia”, de Palumberi, E, y Mannino, G. (2008); este trabajo tuvo por objeto proporcionar un marco teórico de la dependencia en el juego, su evolución y los efectos sobre el individuo y en sus informes.
En los dos países, la “enfermedad del juego” representa un tema actual, del cual, aun se habla poco y del cual se dispone de poca información; la adicción al juego, cuando se refuerza, constituye un recurso financiero para los Estados y se difunde en el contexto social y económico. Es posible evidenciar semejanzas: excesivo cargo de trabajo respecto al número de operadores disponibles y expertos sobre la temática, exigencia de colaboración entre dichos servicios y los organismos del sector terciario y la dificultad de registrar, en el ámbito cuantitativo, las intervenciones realizadas, para poder verificar el éxito del proyecto. Un ulterior punto crítico, de ambos servicios, se relaciona con la incapacidad de llegar a una definición concreta de los instrumentos utilizados para monitorear y verificar la eficacia de las intervenciones. Las características analizadas y existentes en los dos países, enfatizan la necesidad de realizar intervenciones de prevención y de sensibilización en el ámbito institucional y social, sin embargo, es evidente un retraso cultural, presente en el ámbito europeo, que consiste en una dificultad no solo de tratar esta forma de adicción, sino también, de encontrar los aspectos positivos y pro-sociales del juego. Un prejuicio difundido está relacionado con la percepción del azar como sinónimo de valor negativo y de conducta de riesgo. Difundir una cultura del juego, incentivando formas sanas del mismo, significa aceptar que apostar, hacerlo en grupo, compartir un espacio de diversión, pueden constituir formas de socialización no destructivas.

Para prevenir la posibilidad de una conducta de juego problemática, podría ser fundamental utilizar los aspectos positivos y peculiares del juego, tratando de difundir la cultura de juego como diversión y deseo de socializar. El objetivo debería ser reconducir el juego a los normales criterios del aspecto lúdico, de la diversión, de la socialización, a partir de los sitios en los cuales se realizan las apuestas: los ambientes de juego deberían convertirse en sitios de prevención. En Italia, el juego de azar no está, del todo, considerado en el ámbito de la sanidad pública; el desarrollo de servicios para el tratamiento, sobretodo, en ámbito público, ha sido lento y no se ha distinguido por el crecimiento que caracteriza la actividad de juego. Reconocer el juego de azar como problema concerniente la sanidad pública, significaría considerar el impacto que dicho fenómeno tiene sobre la calidad de la vida del jugador, de su familia y de la comunidad en general. Esta óptica, además, permitiría la identificación de estrategias de intervención eficaz en distintos niveles, desde la prevención primaria, al tratamiento, hasta intervenciones de reducción del daño, el estudio de las condiciones necesarias para abrir canales de comunicación entre investigadores, clínicos y políticos, comunidades locales, personas interesadas y gestores del juego acerca de los varios aspectos del juego mismo. Una concepción del juego válida a nivel socio-político, debe respetar la responsabilidad de las personas y de sus acciones y reconocer, al mismo tiempo, una responsabilidad de las instituciones públicas.

- “Las bases sociales de la ludopatía” de Barroso Benitez, C, (2003); el objeto de este estudio realizado también en Granada se centra en el análisis del juego desde una perspectiva sociológica y en la dimensión problemática de lo que se conoce como “juego

compulsivo”, “juego patológico”, “juego excesivo”, o más genéricamente, como una tipología de “conducta desviada”. Este trabajo partió de la premisa de que las bases sociales del juego reflejan los factores socioestructurales, culturales e interaccionales que condicionan históricamente las peculiaridades de una población socialmente articulada. Aunque dicha influencia no determina directa ni necesariamente comportamientos alienados, sí expresan los fuertes condicionantes que la estructura social de cada época impone en las diversas esferas de la acción social, a partir de los cuales toman sentido otros mecanismos que entran a formar parte de la dinámica que más directamente favorecerá la condición de jugador dependiente.

En el análisis descriptivo se ha dado cuenta del crecimiento del hábito del juego visto sobre todo por el volumen de gastos que alcanza la práctica de dicha actividad en el país. En los últimos veinte años se han casi quintuplicado los gastos invertidos en juego de azar.

En este trabajo se intentó demostrar que el juego percibido como problema es una tendencia relativamente nueva que responde a una complejidad de factores favorecidos por las estructuras sociales de las sociedades complejas, y en las que los grupos intermediarios que actúan entre la presión social y la acción individual cumplen un papel central en la forma como es percibida la realidad. Si los planteamientos que hacen dichos grupos no son coherentes con las pretensiones de normalidad que presentan como modelo, la responsabilidad de la ocurrencia de comportamientos dependientes hay que atribuirlos en gran medida a ese espacio social y no dejar al individuo aislado. Las ciencias sociales, adquieren un papel decisivo por cuanto no solo le incumbe la responsabilidad de definir bien, sino

también de explicar, el por qué ocurren estas discontinuidades entre procesos y fines y entre fuerzas sociales y comportamientos individuales.

- Bujold et al. (1994) reportaron el uso satisfactorio de terapias cognitivo-conductuales utilizando estrategias de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas en tres jugadores patológicos. Los pacientes entraron en abstinencia después de cuatro semanas de tratamiento y los resultados se mantuvieron constantes durante los nueve meses de seguimiento realizado. Asimismo, este grupo (Sylvain et al., 1997) realizó una investigación en la que 29 pacientes con diagnóstico de juego patológico fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento con uso de manual o a una lista de espera en la que los pacientes eran contactados mensualmente por un terapeuta (grupo control). El tratamiento consistió de un máximo de 30 horas de psicoterapia. De los 14 pacientes que completaron el estudio, se consideró que doce respondieron al tratamiento, mientras que de los 15 pacientes en el grupo control (en lista de espera para tratamiento), sólo uno mejoró. Después de doce meses de seguimiento, ocho de los pacientes en el grupo que recibieron tratamiento habían mantenido sus resultados positivos.
- Bergler (1957) fue uno de los primeros en informar sobre el éxito del tratamiento de jugadores patológicos mediante psicoterapia psicoanalítica, especialmente de orientación egopsicológica. De un total de 60 pacientes, 14 mejoraron con el tratamiento, pero existe muy poca información acerca de los 46 pacientes restantes. Otros autores también han reportado tratamientos satisfactorios en casos aislados a través del psicoanálisis o la psicoterapia psicoanalítica. Sin

embargo, resulta difícil evaluar el grado de eficacia de esta forma de abordaje debido a problemas metodológicos, como son el uso inadecuado de los instrumentos de medición y la falta de estudios de seguimiento a largo plazo (Allcock, 1986).

- En Argentina, podemos destacar una investigación llevada a cabo por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires titulada “Cuando el juego se convierte en problema”, de Dubuc, V. e Ibarzabal, S. (2009). Este estudio se centró en conocer cuáles son las concepciones y las prácticas de los profesionales de la salud acerca del juego problema y cuál es su capacidad de respuesta frente a éste para mejorar la accesibilidad a los servicios y la calidad y eficacia de sus respuestas frente a la demanda de atención. Existe en la percepción de los profesionales, una asociación del concepto “juego problema” con el de adicción que está vinculado a la compulsión y a la falta de límites.
- Por último, en la ciudad de Mar del Plata el Centro de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo dependiente del Instituto Provincial de Lotería y Casinos de la Provincia de Buenos Aires ha realizado una investigación estadística denominada “Resumen estadísticas del Programa de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo”. La población objeto de estudio estuvo formada por personas que presentaron problemas con el juego y que acudieron al Centro Asistencial Mar del Plata, desde septiembre de 2005 hasta junio de 2013 para iniciar tratamiento. De un total de 722 pacientes entrevistados, 352 son hombres y 370 son mujeres. Se midieron diferentes variables demográficas como sexo, estado civil, edad, frecuencia de juego, lugar de juego, tipo de juego, nivel de estudio y condición laboral entre otras.

En la ciudad de Mar del Plata, lugar de realización del presente trabajo, con respecto a la representación social de la ludopatía, no se han encontrado investigaciones, como así tampoco se han hallado investigaciones a nivel país o en el ámbito internacional.

1.2 Breve historia de los juegos de azar.

El juego ha formado parte de la vida social desde sus comienzos. Se puede afirmar que no hay ni ha existido sociedad o cultura sin juego. El hombre ha jugado y desarrollado actividades lúdicas como forma de expresión, de pertenencia, como empleo de tiempo libre, ocio, etc. Por eso, desde el inicio de la historia, los juegos de azar forman parte constitutiva de la humanidad.

Al hacer un recorrido histórico acerca del nacimiento de los juegos de azar, debemos remontarnos a miles de años atrás, donde podemos observar que ya se encontraban presentes en las civilizaciones antiguas, y que con el paso del tiempo, fueron desarrollándose, evolucionándose y adquiriendo un aspecto más moderno.

Desde el punto de vista arqueológico, se han encontrado objetos que fueron usados para jugar a juegos de azar en la antigua China, alrededor de 2300 A.C. También, en el Antiguo Egipto se solía jugar, gracias a objetos que se encontraron en pirámides.

También se descubrió que los sumerios y asirios utilizaban un hueso extraído del talón de animales denominado astrágalo o talus, que tallaban para que pudieran caer en cuatro posiciones distintas. Por su parte, los juegos con dados se originaron en los tiempos del Imperio Romano, aunque no se conoce las reglas con las que jugaban.

No siempre estos juegos fueron usados con fines de diversión. Los aztecas de Centroamérica usaban una temprana forma de baloncesto para determinar cuál de los dos jugadores sería sacrificado a los dioses. Mientras el ganador podría llevarse todas las alhajas y las ropas de los espectadores, ganando riquezas, el perdedor era llevado al sacrificio.

Con el transcurrir del tiempo, se empezaron a crear lugares fijos para los juegos de azar. En Europa fueron construidas casas de juego, que creaban una atmosfera tranquila en la cual la gente podía reunirse y jugar.

Los primeros casinos, eran simplemente la traducción del vocablo italiano para “casa pequeña”. Por lo general, estos se encontraban en el predio de una mansión más grande. La gente rica concurría a estas casas pequeñas a jugar por dinero. Más adelante los casinos fueron usados no solo para juegos de azar, sino que también para practicar deportes.

Con el tiempo, el primer casino oficial fue erigido en Monte Carlo. Fue creado cuando Francois Blanc trajo la ruleta a Monte Carlo. La ruleta tuvo tal éxito, que Blanc ayudo también a fundar el casino. Si bien la ruleta era el principal juego de casino, también se jugaba otros juegos de azar. Luego, se fueron construyendo más casinos que ofrecían la elección de muchos y variados juegos.

En los Estados Unidos, los casinos en barcos fluviales se convirtieron en el sinónimo de los juegos de azar durante el siglo XIX y los comienzos del siglo XX.

Por otra parte, también el juego ha atraído la atención de pensadores de todos los tiempos. Así, Aristóteles relacionó el juego con la felicidad y la virtud de entender que era una actividad desarrollada en un plano superior del ser humano, libre del sometimiento de otros actos dictados por la necesidad. Kant,

por su parte, analizó el juego para vincularlo a la creatividad estética del hombre.

Evidentemente, con los años y sobre todo recientemente, los juegos dieron paso a otro tipo de formas. Paulatinamente, se multiplicó la oferta de juegos y los juegos que se fueron ofrecieron incentivaron la pasión de la gente por el azar.

Actualmente, entre los juegos de azar más populares, encontramos: bingo, dados, loterías, quiniela, loto, máquinas tragamonedas y ruleta.

En definitiva, el juego ha ocupado siempre un lugar importante en el seno de toda cultura, sociedad y estrato social. Éste se ajusta a las características de las sociedades, pasan de unas a otras, se adaptan y contribuyen a configurar modos colectivos de comportamiento. Las configuraciones del juego avanzan de generación en generación en nuestra vida. Estos cambios son importantes, y deben ser tenidos en cuenta porque demostrarán el papel del juego en las sociedades actuales.

Uno de los cambios más importantes sufridos por el juego es su masificación y universalidad. Esta práctica es un hecho universal, que abarca a todos los estratos sociales y a toda individualidad. Ha perdido las connotaciones de clase social, tanto para el hecho social de consumo de juego como para la elección del tiempo y clase de práctica de juego. La provisión institucional de instalaciones y oportunidades de juego, así como la novedosa oferta masiva, mediante los medios de comunicación, han facilitado el acceso a su práctica inmediata.

Se debe tener en cuenta también, que la estructura social no impone ni condiciona el consumo de juegos. La oferta es tan múltiple en su variedad, tan

universal, que se adapta a las incontables situaciones individuales y la elección individual llega a ser incluso más difícil que la propia adquisición.

Es importante destacar, por último, la función que el juego desempeña en la economía de mercado. Es un elemento económico de primera magnitud por el volumen de negocios que desarrolla y por la dinamicidad que introduce en la esfera de consumo. Es decir, el juego ha evolucionado a un hecho económico fundamental en la economía de mercado y de consumo.

1.3 El juego compulsivo. ¿Adicción o vicio?

Una adicción es una enfermedad física, psicoemocional y espiritual en el ser humano. Definida así por muchos programas de recuperación y determinada como tal por la Organización Mundial de la Salud. La OMS define a la adicción como: un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

En el sentido tradicional, es una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación (codependencia) que arrastra a la persona adicta por el suelo con tendencias obsesivas – compulsivas. Está representada por los deseos que consumen los pensamientos y comportamientos (síndrome de abstinencia) del adicto, y estos actúan en aquellas actividades diseñadas para conseguir la sensación o efecto deseado o para comprometerse en la actividad deseada (comportamientos adictivos).

A diferencia de los simples hábitos o influencias consumistas, las adicciones son “dependencias” que traen consigo graves consecuencias en la vida real que deterioran, afectan negativamente, y destruyen relaciones, salud (física y mental), además de la capacidad de funcionar de manera efectiva. Adicción es debilidad. Etimológicamente el concepto proviene del latín addictus que significa o hace referencia a “esclavo de...”, como así también hace referencia a “lo no dicho”, en tanto que adicción puede pensarse como adicción.

En la actualidad se acepta como adicción, cualquier actividad que el individuo no sea capaz de controlar, que lo lleve a conductas compulsivas y destructivas y perjudique su calidad de vida, como por ejemplo puede existir, adicción al sexo, al juego (ludopatía), a la pornografía, a la televisión, a las nuevas tecnologías (tecnofilia), entre muchas más.

En el mismo plano de las adicciones, se encuentran el alcoholismo, la farmacodependencia y la adicción a las sustancias psicoactivas, que es un estado psicofisiológico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco o sustancia, caracterizado por la modificación del comportamiento, a causa de un impulso irreprimible por consumir una droga o sustancia (obsesión), no obstante ésta es la definición puramente bioquímica.

La adicción a la droga, el juego, alcohol, etc. lleva a la persona a perder la libertad sobre su propio comportamiento, a la destrucción de la familia y a la ruina social.

Es necesario reconocer la adicción como una enfermedad caracterizada por un conjunto de signos y síntomas, en las que se involucran factores emocionales, mentales, espirituales, biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, es una enfermedad difícil de combatir, la cual no tiene

erradicación individual ni social, pero existen muchos tratamientos que detienen el avance progresivo de la enfermedad y pueden llevar al enfermo adicto a la recuperación y rehabilitación más allá de sus propias expectativas y de los que le rodean, obviamente ya sin la ingestión de una sustancia o sin la realización de la actividad adictiva.

Cuando hablamos de adicción, desde una perspectiva psicoanalítica, ésta coloca como eje principal al sujeto y no al objeto. Lo importante es el vínculo que se establece entre el sujeto y su adicción al objeto (cualquiera fuese) y la importancia que éste tiene para su subjetividad.

Para el psicoanálisis el adicto presenta una estructura psíquica donde hay una tendencia a la satisfacción "por cortocircuito" esto es la evitación de la castración y el rechazo a la función del significante fallo. Por otra parte, considerando a Héctor López (2003), cuando hablamos de la causa a la adicción debemos apelar a la estructura del sujeto, de una realidad inconsciente. La causa es estructural: el dolor con el que se experimenta la falta de objeto. La droga es el remedio para aquellos que no saben de otro remedio que exigiría un recorrido por los sinuosos caminos de la realidad, o sea el deseo. En la búsqueda de la causa, llegamos hasta el descubrimiento de una relación particular con el dolor del trauma de la castración, pero no más allá, la causa última permanece en la sombra.

Por otra parte, un "vicio" es todo aquel hábito o práctica que se considera inmoral, depravada o degradante en una sociedad. La diferencia existente entre éste término y la adicción es que la "adicción" es una enfermedad que perjudica la salud física y mental de la persona, es decir afecta su integridad; y el "vicio" tiene que ver con las actividades consideradas inmorales, que realizan las personas en forma constante, sean de consumos excesivos, por malos hábitos o actitudes inadecuadas.

Hasta hace pocos años el concepto de conductas adictivas incluía sólo aquellas en las que el factor esencial era el consumo de una sustancia química potencialmente adictiva. Desde el comienzo de la década de los ochenta este concepto empezó a cambiar y se empezó a incluir dentro del complejo grupo de las adicciones una serie de trastornos en los que no es posible identificar esa característica esencial. Hoy en día, el concepto de conductas adictivas se refiere a aquellas conductas que producen placer o evitan la incomodidad, con un patrón de fracaso recurrente en el control de la conducta, y una continuación de ésta a pesar de sus consecuencias negativas (Miller, 1980).

En esencia, el juego patológico se adapta perfectamente a este concepto de conducta adictiva.

Numerosos autores han señalado como elementos básicos y comunes en los distintos tipos de adicción, en los cuales se incluye también al juego compulsivo, los siguientes:

1. *Craving*: excesiva preocupación y deseo intenso de satisfacer la necesidad que se siente de llevar a cabo la conducta adictiva.

Un conjunto de autores determinan que el ansia de jugar expresada por las jugadoras y jugadores es equivalente al craving de los adictos a sustancias psicoactivas.

2. *Pérdida de control*: dificultad para mantenerse abstinentes o incapacidad para detener la conducta una vez que ésta se ha iniciado. Este es uno de los criterios principales que permiten considerar algo como adictivo, de manera que ante la presencia del estímulo, la persona con adicción presenta dificultades para controlarse y tiende a organizar su conducta para obtener la sustancia o realizar la actividad a la que es adicto.

3. *Abstinencia*: síntomas característicos que aparecen cuando se interrumpe la conducta adictiva. Quienes juegan de forma patológica presentan con relativa frecuencia un malestar subjetivo en los períodos en los que pretenden dejar de jugar, ya sea de forma voluntaria o forzosa (por control externo o por imposibilidad de llevar a cabo la conducta por falta de disponibilidad), y que dicho malestar se incrementa en presencia de estímulos relacionados con el juego (la música de las máquinas tragamonedas, el pasar por delante de un bingo, etc., según al tipo de juego a que se es adicto). La sintomatología más característica incluye irritabilidad, inquietud, depresión y dificultades de concentración.

4. *Tolerancia*: necesidad de aumentar la implicación en la conducta adictiva (incremento de dosis en el caso de las adicciones clásicas o con sustancias químicas) para conseguir el efecto original producido por ella. En la ludopatía se ha considerado que la “excitación” provocada durante el juego sería la “droga” de la jugadora o el jugador. En este sentido quien juega tiene la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada, lo que podría ser atribuido al desarrollo de tolerancia.

5. *Preocupación por el consumo de la sustancia*. La implicación progresiva del ludópata en las conductas relacionadas con el juego, con una mayor dedicación de tiempo ya sea en el propio juego o en conseguir dinero para éste o para pagar las deudas, provoca la eliminación de otras áreas de intereses y actividades que hasta entonces eran consideradas importantes para el individuo (Lesieur, 1979).

6. *Persistencia en el consumo de la sustancia.* Como ocurre con otras conductas adictivas, el jugador patológico persiste en ellas a pesar de las consecuencias negativas y los conflictos que éstas provocan en el ámbito personal, familiar, laboral y social del individuo, que por lo general se encuentran profundamente afectados (McCormick y Ramírez, 1987).

7. *Tendencia a las recaídas.* Es un elemento común en la ludopatía y en todas las adicciones, y representa un fenómeno clínico de gran importancia que dificulta la instauración de un tratamiento eficaz a largo plazo. La recaída sólo ocurre, por definición cuando existe disponibilidad para llevar a cabo la conducta adictiva, y a menudo se relaciona con el deseo de consumir provocado por estímulos que han sido previamente asociados con la realización de dicha conducta en el pasado, ya sea de tipo externo (ambientales) o internos (cognitivos). Otros factores que pueden favorecer la recaída son los estados emocionales o físicos negativos, conflictos interpersonales y el deseo de probar la capacidad de autocontrol.

1.4 Tipos de juegos.

Consideramos importante hacer una descripción de los tipos de juego que existen para poder interrogarnos, en un futuro, si existen diferencias entre la representación social de los juegos de azar y la representación social de los otros tipos de juego.

Caillois (1958) es quien realiza una primera clasificación de los juegos. Los clasifica en cuatro categorías denominadas: los de Agon, de Mimicry, de Ilinx y de Alea.

- *Juegos de Agon (competición)*: el éxito favorable resulta de la preparación, de la habilidad y de la concentración del participante, por ejemplo, el ajedrez y las actividades deportivas.

- *Juegos de Mimicry (mimetismo)*: la gracia está en la asunción de una identidad diferente, a través de una simulación o de una actuación en que se interpreta de forma ficticia el papel de otro. A todo juego que supone la aceptación temporal, sino de una ilusión cuando menos de un universo cerrado, convencional y, en ciertos aspectos, ficticio. Aquí no predominan las reglas sino la simulación de una segunda realidad. El jugador escapa del mundo haciéndose otro. Estos juegos se complementan con la mímica y el disfraz. La regla aquí es que el actor fascine al espectador, evitando que una falta conduzca a éste a rechazar la ilusión (vivida como algo más real que la realidad), sosteniendo además la libertad de invención y ejecución.

- *Juegos Ilinx*: son los que proporcionan una especie de vértigo, una mezcla entre adrenalina y terror vacío, por ejemplo, las montañas rusas o el jumping. En griego significa “torbellino de agua” e indican juegos que se basan en buscar el vértigo, y consisten en un intento de destruir por un instante la estabilidad de la percepción y de infligir a la conciencia lúcida una especie de pánico voluptuoso. En cualquier caso, se trata de alcanzar una especie de espasmo, de trance o de aturdimiento que provoca la aniquilación de la realidad con una brusquedad soberana. El movimiento rápido de rotación o caída provoca un estado orgánico de confusión y de desconcierto.

- *Juegos de Alea*: son los que se basan en la suerte y donde el éxito o el fracaso no se deben a la capacidad o incapacidad del jugador, sino exclusivamente del azar. La voluntad renuncia y se abandona al destino. Es en latín el nombre de los juegos de dados (Juegos de azar).

En el contexto del reino animal, el hombre es el único que aparte de los juegos de competición, vértigo y mimetismo, compartidos con otras especies, practica los juegos de Alea, los juegos de azar. Quizás sea, por la necesidad de prever el futuro, desafiar la suerte y a la vez confiar en ella, propio del ser humano que cautiva y aterroriza en su doble faceta de amenaza y de oportunidad, y en esa dimensión nos sitúa el azar.

Por otra parte, el autor realiza otra división de juegos, en cuanto al modo de jugar. Los divide en Paidia y Ludus. Paidia es la instancia donde reina un principio común de desorden, turbulencia y diversión, improvisación y expansión, donde se manifiesta una fantasía incontrolada. Y Ludus es el sentido opuesto de Paidia, reinando el orden, disciplina, convenciones arbitrarias, imperativas, que exigen esfuerzos, paciencia, destreza e ingenio.

En la actualidad existen diversos juegos de azar. Entre los más populares encontramos:

- La ruleta: El juego de la ruleta, típico de los casinos, debe su origen al matemático francés Blaise Pascal, de ahí que su nombre viene del término francés roulette, que significa rueda pequeña. En un principio poseía 36 números (la suma de los primeros 36 números da el número mágico por excelencia: 666) y a finales del siglo XIX, los hermanos Blanc la modificaron añadiéndole un nuevo número, el 0, y la introdujeron inicialmente en el Casino de

Montecarlo. Esta ruleta cuenta con una proporción de premios de 36/37, que deja un margen para la casa del 2,7% (en Europa) o el 5,4% (en EE.UU.) si cuenta con dos ceros.

- Máquinas tragamonedas: En este juego a cambio de una cantidad de dinero se ofrece ocasionalmente un premio. Existen de dos tipos: las máquinas programadas (habituales en salones de juego y bares), en la que, según un programa interno, después de un número de juegos, la máquina ha de devolver una parte del ingreso que se ha realizado (en torno al 70%); las máquinas de azar (habituales en casinos), en las que dependen exclusivamente del azar. El mayor premio de una tragamonedas fue dado en Atlantic City (Estados Unidos) con más de diez millones de dólares, que se habían acumulado como «bote» durante años, y a cambio de sólo una moneda de cinco centavos.
- Bingo: El bingo, originario de Italia, consiste en un bombo con un determinado número de bolas numeradas en su interior (75 o 90). Los jugadores juegan con cartones con números aleatorios escritos en ellos, dentro del rango correspondiente, 1-75 o 1-90. Un locutor o cantor va sacando bolas del bombo, cantando los números en voz alta. Si un jugador tiene dicho número en su cartón (el de 24 números es el más habitual) lo tacha, y el juego continua así hasta que alguien consigue marcar todos los números de una línea y el cartón. La probabilidad de obtener una línea o el cartón entero depende del número de cartones que están interviniendo en el juego, por lo que dependerá del número de personas que estén jugando así como del número de cartones con que cada participante juegue. Como en este juego se sacan número hasta que alguien “canta bingo”, es decir, posee el cartón

con los 24 números, la probabilidad depende del número de cartones en juego, así como, del control del jugador sobre sus cartones

- Dados: El juego de los dados consiste en lanzar un objeto de forma poliédrica sobre una superficie horizontal. Los posibles resultados numéricos están marcados en cada una de las caras del poliedro y se eligen tomando, normalmente, el resultado marcado en la cara que queda vista hacia arriba. El dado más convencional cuenta con seis caras por lo que la probabilidad de obtener un número (de los 6) es de 1 entre 6, es decir, 16,67%.
- Lotería: Su origen se remonta al siglo XV cuando los comerciantes genoveses idearon este sistema como estrategia de venta, al estar constituidos los premios por mercancías. En un sorteo de un cupón, la probabilidad de que te toque depende, del número de billetes en juego, así como del número de series. La cuantía del premio a recibir no sólo depende de la probabilidad de acierto, sino también del porcentaje que se devuelva como premio de la cantidad jugada, que suele ser de un 70%.
- Quiniela: Sistema de apuestas común a varios deportes, como fútbol, hípica, etc., en las que se pronostican los resultados.
- Apuestas: Una apuesta es una forma de juego basado en el azar, del que se espera obtener algún tipo de beneficio. El procedimiento de apuesta consiste en un depósito de dinero o algún objeto de valor en función de un evento contingente, con el objetivo de obtener dinero o bienes adicionales. Normalmente, el resultado arrojado por ese depósito se hace válido en un breve período. La apuesta consiste, básicamente, en una predicción de entre un grupo de posibilidades, que arrojará un mayor beneficio

cuanto menor es la posibilidad calculada previamente a su cumplimiento y mayor el valor depositado como pronóstico. Por ejemplo, la apuestas a caballos.

Huizinga (1938), definió el juego como una actividad libre ejecutada “como si” y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que a pesar de todo, puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga en ella provecho alguno. Se ejecuta dentro de un determinado tiempo y un determinado espacio, que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que da origen a asociaciones que propenden a rodearse de misterio o a disfrazarse para destacarse del mundo habitual. El juego es una acción o ocupación libre, que se desarrolla dentro de los límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias, aunque libremente aceptadas, acción que tiene su fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la conciencia de “ser de otro modo” que en la vida corriente.

Según el autor tanto la persona como el animal juegan porque encuentran gusto en ello, y en esto consiste la libertad del juego. Tiene una finalidad en sí misma.

El juego rebasa el instinto inmediato de conservación, y propone un sentido más allá de la ocupación meramente biológica o física; hay en él algo superabundante, superfluo, inmaterial, por eso ningún análisis biológico explica su intensidad, esa capacidad de “hacer perder la cabeza”; por eso “al conocerse el juego se conoce el espíritu”. Los fines a los que sirve están más allá del campo de intereses directamente materiales. “El juego se encierra en sí mismo, y en su interior hay un ir y venir, un cambio, un enlace y desenlace: proceso que ha de ser repetido siempre desde el inicio.” (p. 23)

Para Caillois (1958, p. 43), el juego es una actividad: libre, separada, incierta, improductiva, reglamentada y ficticia. Es una actividad libre porque el jugador no podría estar obligado sin que el juego perdiera su naturaleza de diversión atractiva y alegre. Es una actividad separada porque está circunscrita en límites de espacio y de tiempo preciso y determinado por anticipado. Es incierta, porque su desarrollo no podría estar predeterminado ni el resultado dado de antemano, por dejarse obligatoriamente a la iniciativa del jugador cierta libertad en la necesidad de inventar. Es improductiva porque no crea ni bienes, riqueza, ni tampoco elementos nuevos de ninguna especie; y, salvo desplazamiento de propiedad en el seno del círculo de los jugadores, porque se llega a una situación idéntica a la del principio de la partida. Es reglamentada porque está sometida a convenciones que suspenden las leyes ordinarias e instauran momentáneamente una nueva legislación, que es la única que cuenta. Y por último, es ficticia porque es acompañada de una conciencia específica de realidad secundaria o de franca irrealidad en comparación con la vida corriente.

La concepción de juego de éste autor difiere de Huizinga porque critica su parcialidad, que deriva de haber concebido el juego de forma unívoca; así Huizinga descubre el juego donde antes que él no se había reconocido su presencia, pero descuida su descripción y clasificación de los juegos mismos

como si respondiesen todos a las mismas necesidades y como si tradujesen indiferentemente la misma actitud psicológica. Su obra no es un estudio de los juegos sino una investigación sobre la fecundidad del espíritu del juego en el dominio de la cultura y, más precisamente del espíritu que preside en una cierta especie de juegos: los juegos de competición reglamentada.

Teniendo en cuenta la definición de juego de Caillois, si la decisión de jugar o dejar de jugar no fuera libre, se produciría una paradoja respecto del carácter de libertad del mismo juego. El juego de azar, al volverse patológico, se mueve dentro de esta paradoja: no es libre, es más, hace al jugador esclavo de la suerte, pero brinda la ilusión de poder cambiar la vida con sus propias manos despreocupándose de “llegar a fin de mes”.

El juego puede volverse una rutina y el apelar al juego puede asumir peligrosos rasgos de compulsión y de dependencia, con consecuencias graves en diferentes ámbitos. Se habla entonces de ludopatía o juego patológico o compulsivo.

1.5 Definición de ludopatía.

El concepto utilizado para referir la relación excesiva del ser humano con el juego ha pasado por una serie de etapas, en las que se ha ido transformando progresivamente. Históricamente, el juego era considerado una debilidad moral, propia de personas con poca fuerza de voluntad o viciosas, sujetos que no tenían consideración con el sufrimiento que su conducta provocaba.

Es en la primera mitad del siglo pasado, cuando se comienzan a dar explicaciones desde un marco psicoanalítico (Simmel, 1920); (Freud, 1928) y el juego excesivo comienza a concebirse como una enfermedad psicológica, como una manifestación de una neurosis subyacente (Bergler, 1957), constituyendo lo que se llamaría el “modelo médico” del juego excesivo. Esta conceptualización fue reforzada con la fundación de la organización de Jugadores Anónimos en

los Ángeles (1957), organización cuya principal creencia es que el exceso de juego es una enfermedad progresiva que puede ser detenida, pero nunca curada. Esta agrupación, que ha sido uno de los principales marcos de referencia de muchos estudiosos de la adicción al juego, ha contribuido enormemente a difundir y reforzar la concepción del juego inmoderado como una enfermedad.

La definición de ludopatía ha sido abordada desde diferentes disciplinas y perspectivas teóricas, a continuación se desarrollarán cada una de ellas.

1.5.1 Perspectiva psiquiátrica.

La definitiva consolidación del concepto de enfermedad del juego excesivo se consigue con la inclusión en 1980, del juego patológico, por vez primera como una entidad nosológica propia y con unos criterios diagnósticos específicos en el DSM-III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980), se reconoce el juego patológico como un trastorno mental, estando incluido en la categoría de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados y define a la jugadora y al jugador patológico como un ser incapaz de resistir los impulsos de jugar y cuyo juego pone en un serio aprieto, altera o lesiona los objetivos familiares, personales y vocacionales. Anteriormente el juego problemático figuraba bajo diferentes rúbricas (juego adictivo, juego compulsivo, juego excesivo, juego neurótico).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en su Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, incluye la adicción a los juegos de azar dentro del apartado F.63. 0. "Juego Patológico". Y lo define como un trastorno caracterizado por la "presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas, los cuales dominan la vida de la persona

enferma en perjuicio de sus valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares; [...] esta conducta persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas” (OMS, 1992, p. 174).

A través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM – IV R), la Asociación Americana de Psiquiatría, describe el Juego Patológico en el apartado 312.1 como un síndrome en el cual aparece “un fracaso crónico y progresivo de la capacidad para resistir el impulso de jugar, que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales” (APA, 1994, p. 632), hallándose categorizado como “un trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados”, no considerándolo una adicción comportamental, ya que en este Manual el término adicción queda reservado para las sustancias psicoactivas. Se puede diagnosticar según los siguientes criterios:

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 (por ejemplo, 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 han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego; se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

Según los estudios realizados por Ladouceur (1993), Fernández-Alba (1999) y FernándezAlba et al. (2000), las conductas más características de la persona jugadora, consideradas de acuerdo con las tres dimensiones básicas, serían las siguientes:

1) Conductas motoras:

- *La conducta de riesgo monetario se incrementa en función de la exposición al juego:* a medida que el juego progresa en una misma sesión se apuesta más, lo que finalmente provoca que la última apuesta de la sesión suela ser la más elevada. Cuando se acude a una sesión las apuestas no comienzan al mismo nivel de inicio de la sesión anterior, sino un nivel intermedio entre las apuestas iniciales y finales de la sesión previa.
- *A lo largo de la sesión se busca aumentar el riesgo asumido en las apuestas.* aumentando la cantidad de dinero que arriesga y/o cambiando a apuestas de más riesgo cuando existe una falta de dinero. De este modo aún no pudiendo arriesgar mayor cantidad de dinero, mantiene la progresión del riesgo.

➤ *En las máquinas recreativas con premio:*

- En una misma apuesta se introducen varias monedas seguidas, bien en un número fijo o variable en cada apuesta.
- La forma e intensidad de dar a los botones se caracteriza por golpes fuertes y/o secos sólo a ciertos botones que desempeñan una función determinada o, lo que es más común, a todos los botones con independencia de su función.
- Mientras se está jugando, suelen manipular monedas que recogen de la bandeja de premios antes de haber concluido la última apuesta o que mantienen constantemente en la mano, a la vez que juegan.
- Suelen recoger las monedas de la bandeja de premios e invertirlas de nuevo.

2) Conductas cognitivas:

➤ *Las verbalizaciones de las personas jugadoras patológicas engloban tres grandes contenidos:*

- Distorsiones cognitivas referidas al azar.
- Frases que simplemente describen aspectos, situaciones o variaciones del juego.
- Comentarios que expresan o manifiestan diferentes sentimientos o impresiones acerca de los resultados del juego.

➤ *Cuando quienes juegan hacen referencia a alguna estrategia en relación al juego, en un porcentaje que supera el 80%, y que en muchos casos alcanza prácticamente el 100%, son incorrectas ya que no hacen*

referencia a probabilidades objetivas, sino más bien a unos intentos infructuosos de influir en los resultados.

3) Conductas fisiológicas:

- *La respuesta fisiológica más estudiada en el contexto del juego ha sido la frecuencia cardíaca, en la que se observa un incremento en la situación de juego, cuyos valores más elevados suelen asociarse a momentos específicos del juego que son experimentados por la jugadora o el jugador como especialmente excitantes. Sin embargo, debe destacarse que los estudios no son concluyentes en cuanto a la existencia de diferencias significativas en el incremento de la tasa cardíaca entre muestras de personas jugadoras patológicas y ocasionales.*

1.5.2 Perspectiva cognitiva.

La imposibilidad de controlar el juego cuando se incluye el factor azar, ha sido clasificada como

una patología que puede ser altamente destructiva para el ser humano y su red social. En este sentido el juego patológico es considerado como un fracaso crónico y progresivo en la capacidad para resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales y que además se utiliza como estrategias para escapar a los problemas o mitigar el estado de ánimo que produce malestar en el sujeto. (APA, 2001, p. 634)

El juego patológico no se presenta como una entidad de manera repentina en la vida del sujeto que la padece; más bien el jugador se involucra progresivamente en un patrón conductual y cognitivo nocivo. En este sentido, el proceso por medio del cual una persona se convierte en jugador patológico contiene según algunos autores (Custer y Milt, 1985) las siguientes fases:

1. Fase de ganancias: el sujeto juega con cierta regularidad obteniendo ganancias, las cuales tiende a maximizar omitiendo las pérdidas.

Se dan frecuentes episodios de obtención de premios, que llevan a la persona jugadora a una mayor implicación en el juego y a creer que es un jugador excepcional, resultado de sus habilidades personales, de forma que este comenzará a creer en su propio sistema, ayudando las grandes ganancias a alimentar su autoestima y su imagen de gran jugador. Tales ganancias le producen una gran excitación y expectativas de que puede aun ganar más dinero. El posible refuerzo social que recibe de sus amistades está, también, jugando un papel crucial en el mantenimiento de estas expectativas irracionales acerca del control sobre el azar. Las pérdidas se ven como producto de una mala racha, malos consejos o mala suerte transmitida por algo o alguien presente, pero siempre atribuido a factores externos. En esta fase puede mantenerse desde varios meses a varios años y suele concluir con una gran ganancia, que sumada a los triunfos anteriores hace pensar que no sólo se puede repetir en el futuro sino que incluso puede llegar a ser mayor. Con este objetivo, la consecución de otro gran premio, se invierte más dinero y tiempo; y ante las pérdidas, que representan el serio revés a la autoestima, la única solución que se pone en marcha es la de seguir jugando para recuperar dicho dinero.

2. Fase de pérdidas: la persona juega con mayor regularidad y frecuentemente pierde dinero. Ocupa la mayor parte de su tiempo pensando en el juego y en cómo recuperar las pérdidas a través del juego. En esta fase se evidencia que la persona tiene un problema pero es posible que no sea considerado como un trastorno psicológico.

Quien juega mantiene una actitud excesivamente optimista que le conduce a aumentar significativamente la cantidad de dinero que arriesga en el juego. Una vez que la persona se ha hecho jugador habitual, el factor más importante que va a facilitar que se convierta en jugador patológico, según Lesieur (1984), es su accesibilidad al préstamo. Cuando el jugador pierde todo su dinero tiende a acudir a otras fuentes para conseguirlo.

Cuando las deudas se han disparado y las posibilidades de obtener las cantidades de dinero que necesita se reducen, ve todas sus opciones disponibles para obtener dinero con que poder pagar estas deudas, limitadas a una: el juego. Ahora ya no juega para ganar sino para recuperar lo perdido.

Las deudas y pérdidas amenazan su autoestima y su situación financiera. Intenta reponer las deudas lo más rápidamente posible, para evitar que la familia, las amistades y otras personas lo lleguen a saber. Se convierte en un experto en buscar pretextos y excusas e inventar mentiras.

Los pequeños préstamos pedidos a familiares y personas de confianza al final de la primera etapa se convertirán, en esta segunda fase, en préstamos concedidos por banco, tarjetas de crédito y prestamistas como forma de inversión que serán devueltos con las futuras ganancias. Una vez que las fuentes de préstamo legal se agotan, el riesgo de

realizarlos de forma ilegal emerge; pudiéndose cometer, algún tipo de robo, fraude, falsificación o estafas.

La necesidad por recuperar el dinero perdido y poder devolver las deudas contraídas, hace que cada vez dedique más tiempo al juego, lo que provoca que destine cada vez menos tiempo e interés a la familia y al trabajo, unido al cúmulo de excusas y mentiras, hace que tanto en el marco familiar como en el laboral comenzarán a surgir problemas, siendo algunas de las consecuencias que van a agravar aun más el problema.

La conducta de juego pierde el contexto social en que solía desarrollarse para convertirse en un juego solitario, la persona jugadora que en otro tiempo se presentaba como habilidoso es ahora un jugador menos ducho que, sin embargo, apuesta más. Su deseo más ferviente es tener un largo período de ganancias que le permita pagar las deudas y a su vez tener una reserva de dinero suficiente para seguir jugando sin necesidad de pedir prestado. Pero las ganancias, aunque ocurran periódicamente, son menores que las deudas, la presión de los acreedores aumenta y aquí es cuando quien juega se ve obligado a confesar a su familia, amigos, banco, etc., el problema, y decide e incluso promete que va a dejar de jugar. Esto dura poco tiempo, ya que vuelve a alimentar su optimismo irracional y la ilusión de ser impune y vuelve de nuevo a jugar.

3. Fase de desesperación: en esta fase la persona ya ha sido descubierta por las personas más cercanas y es posible que haya obtenido ayuda de ellos. No obstante, su incapacidad para controlar el juego lo involucra en un patrón en el que se tiene menor control y las consecuencias pueden derivar en la recurrencia a cometer actos delictivos para ocultar su problema.

El juego alcanza gran intensidad en la persona, viviendo éste solo para jugar, incrementando de nuevo el tiempo y gasto de dinero dedicados al juego, aparece un estado de pánico causado por las cuantiosas deudas, el deseo de pagarlas, el alejamiento de la familia y de su entorno social, la reputación tan negativa que le persigue y el deseo nostálgico de recuperar los días de gloria.

Esto le dirige hacia el atajo frenético de conseguir esa incalculable ganancia que le solucione los problemas, lo que le lleva a aumentar los riesgos y el juego irracional y verse implicado en mayores problemas financieros y legales, para posteriormente ir desvaneciéndose dicho optimismo poco a poco por primera vez. En este punto, la gran mayoría de adictos o adictas ya han perdido su trabajo. Se les incrementa el nerviosismo e irritabilidad, tienen problemas de sueño, comen poco y su vida les resulta poco placentera. La persona se siente psicológicamente y fisiológicamente agotada; en suma, desesperada. En ese estado de profunda depresión, pueden aparecer ideas o intentos de suicidio. En este momento es muy probable que perciba pocas alternativas a su situación: el suicidio, la cárcel, huir o buscar ayuda.

Lesieur y Rosenthal (1991), añaden una cuarta fase, la de desesperanza o abandono.

4. Fase de desesperanza o abandono: en ésta quienes juegan asumen que nunca podrán dejar de jugar. Incluso sabiendo que no van a ganar siguen jugando; precisan jugar por jugar, hasta quedar agotados.

Algunos autores han enfatizado el papel que tienen las distorsiones cognitivas en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico. El juego fomenta la ilusión de control por parte del sujeto y la percepción de sí mismo

como elemento capaz de intervenir en los resultados. A la vez se van desarrollando una serie de pensamientos irracionales en relación con el juego que llevan a los jugadores a evaluar falsamente las posibilidades de obtener resultados positivos y el significado de los resultados.

Los jugadores regulares tienen más pensamientos irracionales que los jugadores ocasionales, independientemente del tipo de juego, y esto les lleva a asumir más conductas de riesgo (Gaboury & Ladouceur, 1989). Cuando el sujeto gana se refuerzan sus creencias sobre la posibilidad de seguir ganando y sobre el rol de la buena suerte; de la misma manera, las pérdidas son interpretadas como signo de una ganancia inminente pues la mala "racha" tiene que acabar. Se ha observado que el 60% de los jugadores hacen apuestas más fuertes después de una pérdida que después de haber ganado (Leopard, 1978).

Otro pensamiento distorsionado en los jugadores patológicos se refiere a la evaluación sesgada de los resultados del juego, ya que tienden a recordar más y sobrevalorar las ganancias, mientras que tienden a olvidar, subestimar o racionalizar las pérdidas (Ladouceur et al., 1987). Es probable que este tipo de distorsión cognitiva explique las historias de ganancias iniciales, previas al desarrollo del trastorno, relatadas por muchos pacientes.

En la terapia psicológica de la ludopatía se debe tomar en cuenta que el control de los impulsos es lo que hay que lograr, y esto es imposible de lograr sin la total voluntad y autocontrol continuo del enfermo. El terapeuta debe saber que el juego no es el problema a resolver, sino que es necesario averiguar qué es lo que éste le brinda al jugador, cuáles son las razones por las que el jugador ha sido ganado por la adicción.

También es importante en el comienzo de la terapia, acordar con el paciente, si este prefiere que el resultado del tratamiento se dirija hacia la

abstinencia total o parcial del juego pues si bien son mejores los resultados cuando se logra la abstinencia total, muchos jugadores sienten que prefieren primero controlar sus impulsos hasta lograr una abstinencia parcial, y luego intentar la total. Como el tratamiento psicológico en cuanto a resultado siempre va a depender del compromiso del enfermo, se debe respetar lo que él siente que puede hacer.

Entre las metodologías terapéuticas más utilizadas encontramos la desensibilización sistemática (en un orden jerárquico se le hace trabajar con imágenes y relajación), la desensibilización imaginada (las imágenes no responden a un orden jerárquico) hasta llegar luego a la exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos (se lo orienta a probar en forma directa los resultados de los aprendizajes brindados en las sesiones de terapia). Además, se utiliza la psicoeducación, se trabaja sobre las verbalizaciones del paciente, y se busca que éste recupere los espacios de socialización.

Y en cuanto a la prevención de recaídas, es importante trabajar mucho sobre esto, de modo que durante las sesiones se trabaja mediante la relajación (que le permite el control de la ansiedad) y la desensibilización sistemática o imaginada para que pueda prepararse y visualizar todas y cada una de las opciones con las cuales se va a encontrar durante el momento en que sienta el impulso, enseñarle a controlarlo, y luego hacer paulatinamente la exposición en vivo, el tiempo necesario hasta que logre controlar totalmente sus impulsos.

Este modo de abordaje debe realizarse incluyendo lo familiar. Como la familia es parte de la situación que se vive como resultado del juego, es absolutamente necesario que ésta sea incluida dentro del tratamiento, realizando periódicas entrevistas en donde estén presentes todos los miembros integrantes de la misma y el jugador.

1.5.3 Perspectiva psicoanalítica.

Los psicoanalistas fueron los primeros en ofrecer una explicación acerca del juego patológico. El primer estudio psicoanalítico sobre este trastorno se remonta a 1914 y fue realizado por Von Hattingberg. En 1920 Simmel fue el primero en presentar una discusión sobre el tratamiento de los jugadores (Rosenthal, 1987).

Sin embargo, los autores más citados en la literatura psicoanalítica sobre el juego y, probablemente, los que mayor influencia han ejercido en trabajos posteriores de otros autores con esta orientación son Freud y Bergler. También, se ha sumado luego, la perspectiva de Lacan.

Desde ésta perspectiva psicoanalítica, la ludopatía o la “manía del juego” como la denominó Freud, como otras adicciones, en su trasfondo, tienen un valor simbólico. Es intrascendente si la adicción es a una sustancia o al juego, a internet, entre otras, sino que lo fundamental es el vínculo que establece el sujeto con el objeto, qué valor tiene para él, para su subjetividad.

En la presente tesis se van a abordar dos lecturas del vínculo sujeto-droga, por un lado la postura freudiana y por el otro la lacaniana.

Freud encuentra un vínculo entre la sexualidad y la adicción. Sostuvo que la sexualidad se encuentra presente en el sujeto desde el momento de su nacimiento, no solo en la adolescencia y la adultez. La vida sexual incluye la función de la ganancia de placer a partir de zonas del cuerpo. El primer órgano que aparece como zona erógena es la boca y esta etapa se denominó “oral”. La segunda fase es la “sádico-anal”. Éstas dos primeras fases de la sexualidad infantil se centran en el autoerotismo, en las fases siguientes aparece ya un

objeto sexual externo al individuo. Para Freud el acceso al objeto libidinal se da en forma sucesiva que va desde el autoerotismo, el narcisismo, la elección homosexual y la elección heterosexual. Aquí nos enfocaremos más precisamente en la segunda. El narcisismo primario, designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo. En esta etapa se destaca al Yo Ideal que es la formación psíquica perteneciente al registro de lo imaginario, representativa del primer esbozo del yo investido libidinalmente. El término, designa al yo real que habría sido objeto de las primeras satisfacciones narcisistas. Ulteriormente, el sujeto tiende a querer reencontrar este yo ideal, característico del estado llamado «de omnipotencia» del narcisismo infantil, tiempo en que el niño «era su propio ideal». La última fase de esta primera etapa sexual, es la “fálica”. En esta fase se da el Complejo de Edipo tanto en el varón como en la mujer.

Hacemos una breve descripción del concepto de sexualidad según Freud ya que para el autor, la droga imaginariamente representa para el adicto la conquista de la madre fusional, de acuerdo al modelo del yo ideal del narcisismo primario. La censura no se presenta, no existe o, simplemente, no se acepta.

El deseo vehemente y sobre todo repetitivo, compulsivo que se da en toda adicción constituye la sustitución del acto masturbatorio, en la medida en que es un impulso, al que aun cuando se quiere reprimir se le impone al sujeto de una manera compulsiva. Así el autor encuentra un vínculo entre la sexualidad y la adicción. Se considera, desde esta lectura freudiana, al Ideal del yo como heredero del narcisismo primario, es decir, el heredero de la ilusión infantil de omnipotencia, y ligado a la fusión con la madre. Precisamente la separación de la madre afecta la autoestima y causa sentimientos de

inferioridad al evidenciarle al niño su debilidad y dependencia de los cuidadores externos y a partir de ese momento se abre una brecha entre el Yo y el Ideal del yo que dura toda la vida, así como el esfuerzo de los seres humanos para reducir o acabar con esa brecha. De ahí que las vicisitudes del Ideal del yo impliquen siempre los diferentes modos o intentos de reconquista del narcisismo perdido, inalcanzable como unión perfecta, en ese sentido siempre insatisfecho pero siempre anhelado, vislumbrado en algo cercano a la completud original solo en momentos como el orgasmo, el enamoramiento, o la intoxicación con drogas. (Freud, 1897)

Este anhelo narcisista de unión primordial, de retorno al seno materno influye, matiza las pulsiones básicas, sobre todo la libidinal. La añoranza de recuperar la experiencia de completud y omnipotencia originales puede llevar al atajo del Nirvana, por medio de las ilusiones narcisistas presentes en ciertos grupos de ideología preedípica o en el estado de intoxicación con drogas psicotrópicas, situaciones que parecen tener por finalidad remover por medios no psicóticos el doloroso límite que la realidad viene a oponer al deseo de expansión infinita del hombre.

El aporte de Freud a el tema de la ludopatía, como otra forma de adicción, se encuentra en su ensayo "Dostoyevski y el Parricidio" publicado en 1928. Para este autor, el juego patológico también es una forma de adicción relacionada al complejo de Edipo. Freud dice,

La dinámica del juego patológico equivale a la dinámica que se presenta durante la pubertad, cuando el joven desea a su madre como escape de la masturbación. El jugador utiliza al juego como un sustituto de la masturbación y, a la vez, como una forma de autocastigo, el cual se

vuelve secundariamente una fuente de placer. En este sentido, el juego patológico tiene un componente masoquista. El mecanismo que subyace a estos comportamientos es el recupero del placer. (p. 171)

Existe una dificultad para elaborar la dimensión de la castración a partir de la cual las personas con adicciones intentan recuperar placer para lograr una homeostasis o estabilidad psíquica.

La adicción lleva la impronta de la pulsión de muerte solo porque al adicto se le confunde recupero de placer con masoquismo. Así Freud, postula que lo que es placer para un sistema (inconsciente) no es placer para otro (consciente). Podemos decir que las innumerables pérdidas a las que se somete la persona que vive con ludopatía tiene como fin el intento de recuperar placer. Así el ludópata no piensa “puedo perder” sino que prefiere pensar “la próxima vez ganaré”. La fantasía está en el fondo en vivir en un mundo donde no exista pérdida sino solo ganancia. La obra es la fantasía inconsciente de completud.

El uso crónico de las drogas puede asentarse sobre cualquier tipo de carácter, tanto preedípico como edípico. Pero la reiteración de la búsqueda hedonista en las drogas que promueve la experiencia narcisista ya descrita de completud originaria, favorece el desarrollo de caracteres narcisistas preedípicos o de acentuados rasgos narcisistas en todo tipo de caracteres. El aislamiento narcisista del adicto con su droga se vuelve así, una de las configuraciones defensivas más frecuente en la clínica. Las familias suelen quejarse de que sus miembros adictos ni los ven ni los oyen, viven en un mundo aparte y permanecen aislados ahí, aunque coexistan en el mismo ámbito que la familia.

Desde la perspectiva lacaniana se señala que la adicción se trata de una identificación con el “objeto a” del “registro de lo imaginario” (1949) registro donde el lactante se identifica con la imagen materna de la que eternamente quedará atrapado e intentará aproximarse a ella por distintas vías durante toda su existencia. Una frustración del vínculo con la madre (vínculo representado en el “objeto a”) acarrearía una imposibilidad de recrearla en forma adecuada y por ende no se podría simbolizar lo que culturalmente se encuentra establecido: la ley, las normas, las costumbres tanto familiares como sociales. Es por esto que el drogadicto consumiría para sumergirse en un estado de ideal sostén que recree la imagen complaciente en el aquí y ahora. También como en el modelo freudiano bajo el estado de embriaguez por la droga el sujeto logra dominar la represión, posibilitando la expresión de su goce.

Desde J. Lacan la personalidad del toxicómano se aloja en la estructura diagnosticada como perversa. La constante transgresión de la Ley tanto familiar (edípica) como del resto del mundo, nos hace suponer que el toxicómano se niega a aceptar la “no fusión perpetuada” plena y sin límites con todo lo que represente a la figura materna, es decir, que no acepta la castración, el corte, las prohibiciones de la figura paterna.

En el siglo pasado, los sujetos sufrían por un exceso de represiones, un estilo prohibitivo que tenía efectos devastadores en los sujetos. El psicoanálisis nace poniendo en palabras aquello que por efecto de la represión era sofocado e irrumpía a modo de síntomas neuróticos. La sociedad actual, por el contrario, asiste a una promoción del goce, las figuras de autoridad son solo semblantes. La adicción para el psicoanálisis, proviene del goce, no de los objetos, proviene de los sujetos mismos que sufren los desarreglos y no pueden impedir seguir adelante con una práctica que puede llevarlos a la ruina, económica y afectiva.

Se pregunta entonces, ¿por qué el sujeto juega? Desde la hipótesis del inconsciente se señala dos aspectos del síntoma. Por un lado, un aspecto significativo, que puede ser descifrado por la interpretación y el uso de la transferencia. El otro aspecto es el núcleo de goce, que habita en todo síntoma. Es la presencia de la pulsión de muerte, que busca ir siempre más allá del principio de placer, una experiencia de placer que incluye un goce.

En la ludopatía, se aprecia, que se está en presencia de un núcleo indomable de una pulsión que no se amarra al otro y funciona para producir un goce, que no es placentero pero es repetitivo e inevitable para ese sujeto.

El psicoanálisis trabaja sobre las significaciones, ya que de eso hablará el sujeto, y es la trama de su historia, de su vida. Pero busca incidir sobre ese núcleo que será lo que produzca un cambio en el nivel de la modalidad de goce, para hacer del juego una actividad menos elegida por él, o algo sustituible. Las intervenciones aquí no son interpretativas, se trara de la dimensión del acto analítico. El objetivo es entender cuál es la función del juego en la estructura para abordar las estrategias para la cura de cada sujeto.

El jugador vive el juego como un goce superior, adrenalínico. La apuesta es la forma privilegiada de sentir algo que ninguna otra cosa le produce. Se excita, se ilusiona, el jugar le produce un placer similar a la ingesta de un tóxico y es su droga.

También otros autores pertenecientes a la corriente psicoanalítica han abordado el juego compulsivo. Por ejemplo, para Bergler (1957), el juego patológico también tiene un núcleo masoquista, pues es una forma de autocastigo. Sin embargo, el origen de la culpa estaría en la rebelión contra las figuras de autoridad.

Más tarde, otros autores psicoanalíticos han sugerido que el origen del juego patológico se sitúa en las etapas preedípicas. Mecanismos de defensa

como la omnipotencia y la negación explicarían la irracionalidad con la que el jugador cree en su capacidad de ganar frente a toda lógica. En esta línea, Rosenthal (1986) señala que el narcisismo es un rasgo de personalidad característico de los jugadores patológicos.

Con respecto al tratamiento, Debora Blanca en *Tratado sobre juego patológico* (2012), sostiene que el trabajo terapéutico incluye, un tiempo preeliminar, en el que deberá efectuarse una rectificación de la demanda, para un lazo transferencial y un sujeto posible. La demanda puede tener dos modos diferentes: una desesperada y otra melancólica.

Debora Blanca dice,

El juego es un momento delicado, angustiante, doloroso. El juego es la solución que el sujeto ha encontrado para mitigar esa señal de angustia, ese vacío, dolor; le permite creer que no existe. Es un tiempo de entrada posible al tratamiento que requiere cuidado y una invitación a volcar ese malestar al espacio de transferencia. La consulta es también un momento para entender qué lo mueve a entregarse al juego de azar. El trabajo terapéutico necesita acciones que puedan detener ese vértigo, para lograr hacer una nueva trama de significados. (p. 113)

La diferencia entre el psicoanálisis y otras terapias es la distinta manera de tratar el síntoma, y entender el síntoma del juego como un funcionamiento, sobre una estructura y buscar una solución a la medida de cada sujeto, sin suprimir el tiempo de comprender. Durante el tiempo de comprender, se espera que las condiciones de goce del ludópata, se transformen mediante el trabajo

sobre su fantasmática y a través de la transferencia, y poder comprobar cómo la abstinencia adviene. Si bien es más duradera la terapia, tanto el sujeto como la familia obtiene los recursos para enfrentar los obstáculos en el tiempo posterior al alta terapéutica.

El trabajo analítico irá por un lado, teniendo en cuenta los significantes, la historia y la interpretación, elucida las causas y descifra la significación que porta el síntoma. Por el otro, a través del acto analítico, las intervenciones buscarán incidir sobre el núcleo del goce, la dimensión más real del síntoma. El sujeto irá hallando los nexos entre su adicción y su historia, sus identificaciones, aquellos lugares donde representó algo en relación con el deseo del Otro, los puntos de desilusión, y caída del Otro. Irá entendiendo que el síntoma del juego tiene una lógica y una función dentro de su psiquismo.

Un autor contemporáneo e importante para pensar las adicciones desde la perspectiva psicoanalítica es Héctor Lopez. Él sostiene que cuando pensamos en adicciones debemos colocar en el centro al sujeto. La droga es un “paraíso artificial”. Nadie se vuelve adicto si en su estructura psíquica no hay ya una tendencia a la satisfacción “por cortocircuito”, esto es la evitación de la castración y el rechazo a la función del significante fallo.

Cualquier tratamiento debería tener como eje al sujeto y no al objeto y se debería apuntar a la sustitución, no a través de objetos reales o imaginarios, sino a través de amplificar el espectro de la satisfacción del sujeto, donde cada uno pueda metaforizar en un objeto simbólico la falta que aparece taponada con la droga.

Cuando hablamos de la causa a la adicción debemos apelar a la estructura del sujeto, de una realidad inconsciente. La causa es estructural: el dolor con el que se experimenta la falta de objeto. La droga es el remedio para aquellos que no saben de otro remedio que exigiría un recorrido por los

sinuosos caminos de la realidad, o sea el deseo. En la búsqueda de la causa, llegamos hasta el descubrimiento de una relación particular con el dolor del trauma de la castración, pero no más allá, la causa última permanece en la sombra. La adicción tiene una presentación perversa en la medida que es la fijación a un objeto real de satisfacción como rechazo, tapón inmediato, del objeto que falta en la estructura. Pero más allá de esa presentación, la adicción encubre una estructura melancólica pues implica la imposibilidad de desprenderse de sí al objeto perdido (y por ende la imposibilidad de tramitar un proceso de duelo) pero recuperado en la unidad narcisista con la droga, unidad que a veces culmina con la muerte.

Como concepto general, la diferencia entre los tratamientos médicos y el psicoanálisis es que los primeros son en general coercitivos (obligados por la familia o la justicia sin participación activa del paciente) y represivos (se basan en la prohibición de la droga), mientras que el psicoanálisis se aplica únicamente en consentimiento del paciente y su objeto no es la droga sino el lugar que la droga ocupa en la palabra del sujeto. El psicoanálisis no apunta a quitar la droga, enfoca las cosas como en cualquier otro caso no adicto, a un cambio de posición subjetiva.

En cuanto a las indicaciones generales, lo primero es no desresponsabilizar al sujeto, buscando culpables en la droga, en la familia, en el medio, pues aunque éstos factores operan como condiciones, la causa, como dijo Freud “está en la vida sexual del sujeto”. Se trata más bien de los recursos defensivos del sujeto contra la sexualidad, y un intento vano de sostener la relación sexual por su desplazamiento al acto tóxico. Segundo, despertar el sufrimiento que lo ha llevado a consumir, atravesando los fantasmas del goce. Tercero, apostar a la función del significante. No suponer que porque la droga sea una sustancia y su efecto sea químico sobre el cerebro, no es al mismo

tiempo un “valor” como dijo Freud del objeto fetiche, es decir, un símbolo interpretable. Cuarto, sostener la relación transferencial.

1.6 Definición de representación social según Moscovici.

En el presente trabajo tendremos en cuenta el concepto de representación social definido por Moscovici (1981, p. 181) como:

conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común. En esta concepción se plantean cuatro elementos constitutivos de la representación social: la información, la imagen, las opiniones y las actitudes.

Las representaciones sociales son generadas mediante dos procesos, denominados por Moscovici como la objetivización y el anclaje. El primero procura reducir las ideas extrañas a categorías e imágenes ordinarias, para ubicarlas en un contexto familiar. El segundo, busca cambiar algo abstracto en algo casi concreto, transfiriendo lo que está en el ojo de la mente hacia algo que existe en el mundo físico. (Moscovici, 1984).

Decidimos evaluar la representación social en los estudiantes de psicología sobre el juego compulsivo porque consideramos que es una temática muy frecuente y poco abordada desde la formación del psicólogo. Por otra parte, nos resulta interesante evaluar la representación social del jugador ya que creemos que ésta influye sobre el propio jugador y su entorno. Además, al

ser un concepto construido socialmente en una época y momento determinado, dependiendo de la cultura, es algo que influye a todos los miembros de la sociedad y a su comportamiento y actitud hacia el jugador.

Creemos que la importancia de pensar en las representaciones sociales radica en que estas operan como filtros y a su vez provienen de filtrar informaciones que el sujeto posee o ha recibido a lo largo de su vida. De este modo, se configuran como formas de ver, pensar y sentir la realidad. Cuando hablamos de una problemática como la adicción al juego, es posible que esta suerte de imagen pública que se tiene de la ludopatía favorezca el enmascaramiento y la condición de invisibilidad de la misma cuando no entra en los márgenes de cómo se la piensa. Conocer cómo es que las personas representan al jugador, también nos puede ayudar a pensar por fuera de esa representación, desnaturalizando lo que parece obvio.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.

2.1 Tipo de estudio.

El presente estudio corresponde a un estudio descriptivo, basado en un diseño no experimental ya que no se hará una manipulación de las variables, y transversal, recolectando datos en un momento dado, en un tiempo único.

2.2 Instrumentos de recolección de datos.

Para obtener datos acerca de la representación social que tienen los estudiantes sobre la ludopatía, se utilizó una escala Likert. Dicha escala, es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Al contestar a una afirmación de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con un enunciado.

La escala va a medir la variable "Actitud", ésta presenta distintos componentes:

- Aspecto cognitivo: se basa en creencias y consideraciones hacia diferentes objetos o situaciones. Información que el sujeto adquiere en el medio social.
- Aspecto afectivo: las creencias y consideraciones poseen componentes afectivos que generan atracción o rechazo.
- Aspecto comportamental: en una situación específica estas creencias, consideraciones, sentimientos y normas se traducen en acción. Por ejemplo, la discriminación.

En la presente tesis se indagó sobre el aspecto cognitivo, afectivo y comportamental de la actitud con respecto a los jugadores compulsivos.

La escala se construyó en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem está estructurado con cinco alternativas de respuesta:

- () Totalmente de acuerdo
- () De acuerdo
- () Ni de acuerdo/ni en desacuerdo
- () En desacuerdo
- () Totalmente en desacuerdo

Los ítems tienen una dirección positiva o negativa. La calificación o puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem. La puntuación es:

- (5) Totalmente de acuerdo
- (4) De acuerdo
- (3) Ni de acuerdo/ni en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (1) Totalmente en desacuerdo.

Por otra parte, se administró un cuestionario con informantes claves correspondientes al Centro Asistencial de Ludopatía de la ciudad de Mar del Plata. El cuestionario es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas con el propósito de obtener información. La administración de dicho cuestionario servirá como punto de comparación frente a las

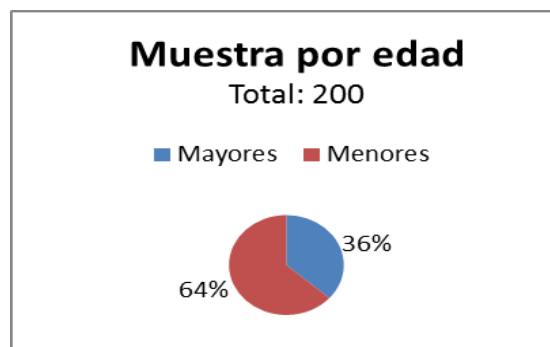
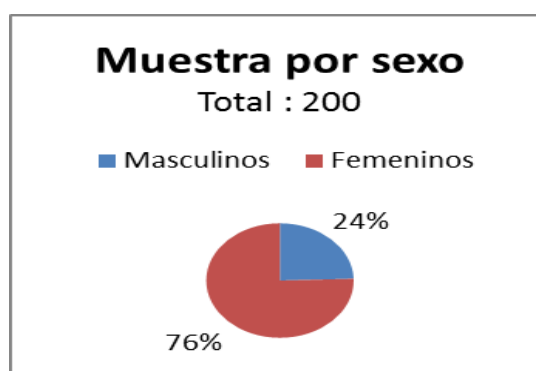
estadísticas oficiales e información profesional con la que cuentan los integrantes de este centro, frente a los resultados del cuestionario administrado en este trabajo, buscando puntos de congruencias y divergencias.

2.3 Población y muestra.

La muestra estuvo conformada por estudiantes que estaban cursando el primer año de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. El estudio se realizó con una muestra de 200 alumnos, que hubieran dado su consentimiento previamente.

CAPÍTULO III: RESULTADOS.

Al administrar la escala Likert a los 200 estudiantes de primer año de la Facultad de Psicología de la UNMDP, de manera aleatoria, la población quedó dividida en: 101 mujeres menores de 21 años, 50 mujeres mayores, 26 masculinos menores de 21 años y 21 masculinos mayores. Los siguientes gráficos ilustran los datos de la población.



Una vez administrada la escala Lickert, se subdividieron los ítems teniendo en cuenta su correspondencia a la dimensión afectivo-comportamental y a la dimensión cognitiva. Luego, se clasificaron las encuestas por sexo y edad. Posteriormente, se registró la puntuación de cada ítem y se calculó un promedio para cada ítem dentro de los cuatros subgrupos poblacionales. A continuación, se presenta una tabla que contiene estos resultados.

MAYORES		
	Femeninos	Masculinos
Dimensión Afectivo-Comportamental		
Ítem 29	4,36	4,43
Ítem 21	3,2	3
Ítem 9	2,84	2,69
Ítem 14	2,04	1,69
Ítem 17	1,56	1,34
Ítem 22	4,34	4,13
Ítem 30	2,14	1,95
Ítem 20	3,12	3,52
Dimensión Cognitiva		
Características del jugador		
Ítem 27	3,02	3,04
Ítem 8	3,16	3,21
Ítem 31	2,54	2,82
Ítem 2	3,74	3,56
Ítem 25	1,84	1,78
Ítem 12	2,64	2,86
Ítem 26	3,56	4
Ítem 23	3,86	4
Ítem 19	2,76	2,43
Relativos a la adicción misma		
Ítem 16	2,74	2,43
Ítem 1	4,6	4
Ítem 4	2,74	2,6
Ítem 6	3,52	2,39
Imagen del jugador		
Ítem 3	2,04	1,91
Ítem 7	1,88	1,91
Ítem 28	2,58	2,3
Ítem 15	2,16	2,17
Ítem 18	2,16	2,34
Ítem 11	3,32	3,69
Relativos al juego en sí		
Ítem 24	3,14	3,69
Ítem 5	4,46	4,21
Ítem 10	2,86	3,52
Ítem 32	1,42	1,65
Ítem 13	1,42	1,39

MENORES		
	Femeninos	Masculinos
Dimensión Afectivo-Comportamental		
Ítem 29	4,29	4,07
Ítem 21	3,21	3,3
Ítem 9	2,76	1,84
Ítem 14	1,74	2,8
Ítem 17	1,68	1,42
Ítem 22	3,18	3,84
Ítem 30	1,9	2,61
Ítem 20	2,95	2,84
Dimensión Cognitiva		
Características del jugador		
Ítem 27	2,87	3,03
Ítem 8	3,57	1,57
Ítem 31	2,66	2,42
Ítem 2	3,35	3,88
Ítem 25	1,8	1,88
Ítem 12	2,15	2,57
Ítem 26	3,2	3,3
Ítem 23	4,06	3,84
Ítem 19	3,08	3,34
Relativos a la adicción misma		
Ítem 16	2,82	3,11
Ítem 1	4,32	4,19
Ítem 4	2,27	3,03
Ítem 6	2,67	3,11
Imagen del jugador		
Ítem 3	2,16	2,76
Ítem 7	2	2,26
Ítem 28	2,59	2,5
Ítem 15	2,22	2,15
Ítem 18	2,43	2,46
Ítem 11	3,31	3,46
Relativos al juego en sí		
Ítem 24	3	3,19
Ítem 5	4,33	3,15
Ítem 10	2,79	2,8
Ítem 32	2,24	1,57
Ítem 13	1,53	1,65

Con respecto a la dimensión afectivo comportamental que mide creencias y consideraciones, y cómo éstas se reflejan en la acción, se ha podido observar que la mayoría de las personas están de acuerdo en que el jugador compulsivo es un adicto que necesita asistencia y le brindarían ayuda. En este último ítem se presenta una diferencia entre mayores y menores siendo los primeros los más predispuestos a brindar ayuda mientras que los menores se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo.

A su vez, la mayoría de las personas se relacionarían con un adicto al juego. Por otra parte, se presenta una diferencia en las mujeres menores quienes admitirían el ingreso de un jugador compulsivo a su casa, mientras que los menores masculinos se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo.

Además, los estudiantes están en desacuerdo en que el jugador compulsivo es excluido de su círculo familiar/social. Igualmente, también están en desacuerdo en que le prestarían dinero.

Por último, dentro de ésta dimensión, los ítem que hablan sobre que el juego es más tolerado que otras adicciones y que no le delegarían tareas que impliquen responsabilidad a una persona que tiene problemas con el juego, la población se muestra ni de acuerdo/ni en desacuerdo.

En cuanto a la dimensión cognitiva, se encuentra subdividida en primer lugar con los ítems relativos a las características del jugador. La mayoría de los estudiantes están en desacuerdo con que el jugador comete actos ilegales, y con que es habilidoso e inteligente; y están de acuerdo en que el jugador compulsivo tiene una enfermedad y puede establecer lazos afectivos. Por otra parte, la población se muestra ni de acuerdo/ni en desacuerdo con que una persona con problemas en el juego es violenta o agresiva e impulsiva. También se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo en que el jugador compulsivo es una persona mentirosa excepto los menores masculinos que están en

desacuerdo, considerando que el jugador no es una persona mentirosa. En cuanto el ítem que sostiene que el jugador prioriza el juego antes que la familia, todos se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo, excepto los mayores masculinos que están de acuerdo. Por último, en el ítem que sostiene que el jugador tiene poca fuerza de voluntad, se muestran todos ni de acuerdo/ni en desacuerdo, a excepción de los mayores masculinos que están en desacuerdo.

La siguiente subdivisión hace referencia a la adicción misma. En el ítem que sostiene que el jugador compulsivo desea recuperarse, la mayoría de la población se muestra ni de acuerdo/ni en desacuerdo, excepto los masculinos mayores que están en desacuerdo. Por otra parte, encontramos que las mujeres mayores se manifestaron ni de acuerdo/ni en desacuerdo, mientras que las mujeres menores están en desacuerdo con que el jugador compulsivo es consciente de sus problemas. En cuanto a los hombres, los mayores están en desacuerdo y los menores se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo en el mismo ítem. Además, la mayoría están de acuerdo en que el jugador compulsivo sufre una adicción, y en desacuerdo en que él también presenta otra adicción.

En la subdivisión correspondiente a la imagen del jugador, se encontró que los estudiantes están en desacuerdo en que el jugador compulsivo tiene escasos recursos económicos, no terminó sus estudios obligatorios, que las mujeres tienen mayor tendencia a jugar compulsivamente, que la mayoría de los jugadores compulsivos tiene más de 30 años y que son mayoritariamente casados. Y en el ítem que sostiene que un jugador es compulsivo si juega más de 3 veces por semana, se mostraron ni de acuerdo/ni en desacuerdo.

Para finalizar, en la subdivisión relativa al juego en sí, el ítem correspondiente a que el juego compulsivo se puede rehabilitar con tratamiento profesional se encuentran de acuerdo, salvo los menores masculinos que se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo. Se observa mayor grado de

desacuerdo en que el jugador no tiene cura y que el juego compulsivo no es una adicción; y ni de acuerdo/ni en desacuerdo en que el juego compulsivo es más difícil de detectar que otras adicciones y que tiene mayor probabilidad de ser rehabilitado que otras adicciones.

Como se mencionó anteriormente, se han llevado a cabo entrevistas con los profesionales del Centro de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo de Mar del Plata dependiente del Instituto Provincial de Lotería y Casinos de la Provincia de Buenos Aires, y contamos con la colaboración del Lic. Hugo Richeri y la Lic. Julieta Vacas. Entre la información que hemos podido obtener resulta interesante destacar, en primer lugar, la concepción de juego patológico tenida en cuenta por los profesionales del Centro, considerando a la ludopatía como una patología que se puede dar en todas las estructuras psíquicas neurosis, psicosis y perversión. Se la califica como una patología del acto porque los jugadores actúan permanentemente su síntoma. Así, “el juego es un espacio ofertado para cualquier sujeto que se vea con dificultades para lidiar con la falta. El juego le permite al individuo olvidarse por un tiempo de lo que le hace sufrir. El acto de jugar obtura la falta.”

Por otra parte, haciendo referencia a una “imagen” del jugador compulsivo y los factores que se tienen en cuenta a la hora de considerar que un sujeto presenta problemas con el juego, los profesionales sostienen que no se pueden pensar características que permitan confeccionar la “imagen” de un jugador compulsivo. Si bien se estima que la mayor cantidad de ludópatas tienen entre 30 y 60 años, el resto de sus características no aparecen de manera uniforme. Además, ni la frecuencia de juego ni ningún otro patrón de tiempo ofrecen pautas para pensar cuándo estamos hablando de un jugador compulsivo. La única manera en que es posible establecer cuándo estamos

hablando de una patología, es midiendo el grado en que el juego ha afectado a la calidad de vida del jugador y de las personas de su entorno familiar y social.

Haciendo hincapié en lo que respecta a la representación social del jugador compulsivo, cuando se piensa en la imagen de un jugador y las actitudes hacia él, “es crucial poder ver las diferencias que se dan en las respuestas que ofrecen las personas que han estado en contacto o en el entorno de un jugador, con aquellas que observan la problemática desde afuera”. Los especialistas sostienen que en muchos casos la actitud del entorno más cercano hacia el jugador compulsivo, va de la aceptación y el intento de ayuda en un primer momento hacia el rechazo y el abandono. El rechazo de un entorno que lo ha sostenido durante muchos años tiene que ver con el cansancio y el agotamiento ante las constantes pérdidas que genera y lo que empeora la calidad de vida.

Los informantes claves del Centro sostienen que “el jugador compulsivo es una persona a la que no le interesa el otro. No le importa ni su opinión ni su rechazo. Es posible que haya pasado 20 años jugando y perdiendo todo, lo que le ocasionó muchísimos problemas a su familia y amigos y que aun así no le pese. Las consecuencias de su juego, como por ejemplo las pérdidas materiales o la pérdida de lazos familiares y sociales, mientras no le impidan seguir jugando, no tienen efectos sobre él.”

En la terapia que se lleva a cabo en el Centro de Prevención y Asistencia al Juego Compulsivo, siempre se intenta que la persona tome conciencia de estas consecuencias, aunque muchas veces no sea posible. En el tratamiento se trabaja para que el jugador tenga registro de lo que ha causado en los otros y en qué medida puede hacer algo para remediarlo.

Según los profesionales del Centro de Asistencia, cuando hablamos de cómo las personas piensan la ludopatía (representación social) “no podemos

esperar que esto genere ningún efecto sobre el jugador, pues él ni siquiera se interesa por la opinión y las actitudes de su propio entorno.”

A la hora de pensar la representación social de la ludopatía, es importante tener en cuenta que por lo general, el público ignora en gran medida las características de la patología. Es por ello que en el Centro se trabaja con grupos de familia (parejas, padres, hijos, hermanos, etc.) y de amigos (o alguna persona del entorno que se pueda comprometer con el tratamiento).

A nivel de la actitud social, el jugador compulsivo es una persona marcada y estigmatizada (por ejemplo en el mercado laboral no se le da un empleo, menos aun si debe manejar dinero). Los profesionales sostienen que cuando se acercan al ludópata durante los tratamientos suelen escuchar fuertemente que se le ha marcado con la frase “éste se la juega...”. Es posible que la estigmatización y el rechazo tengan mayor impacto y efectos negativos más fuertes sobre el entorno familiar y social del jugador que sobre él mismo. Según los profesionales, para quien juega de manera compulsiva, “esta no aceptación del otro no funciona como un atenuante ni como una influencia tendiente a reducir o a abandonar el juego”.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.

A partir de los datos recogidos a través de la administración de la escala a los estudiantes de primer año de la Facultad de Psicología de Mar del Plata y de su análisis podemos dar cuenta de los cuatro elementos constitutivos de la representación social: actitud, información, opinión e imagen.

En general, se puede concluir a partir de los datos obtenidos que la población estudiada muestra una actitud de aceptación para con los jugadores compulsivos, a quienes consideran adictos que necesitan asistencia. También puede concluirse que esta aceptación es llevada a la acción, ya que los datos recogidos no presentan niveles de rechazo o exclusión para con el jugador.

La opinión de la muestra poblacional en su mayoría coincide con la afirmación de que los jugadores compulsivos son personas con una enfermedad, no excluidos de su círculo familiar/social y que pueden establecer lazos afectivos. No consideran que se trate especialmente de sujetos mentirosos, violentos, habilidosos, inteligentes, agresivos, impulsivos o con antecedentes delictivos.

En cuanto a la imagen que los estudiantes tienen del jugador compulsivo, puede decirse que no lo ven como una persona de bajos recursos económicos o sin estudios obligatorios. No perciben que se trate en particular de mujeres, de personas mayores de 30 años, ni de sujetos casados.

En lo relativo a la adicción y al juego en sí, se puede concluir que los estudiantes de psicología de primer año creen que el jugador compulsivo sufre una adicción que tiene cura, que puede rehabilitarse con tratamiento profesional y que no necesariamente tiene otra adicción.

A la hora de observar si existen diferencias significativas entre los estudiantes mayores y menores de 21 años hemos encontrado en principio que

de las siete diferencias más relevantes seis se dan en el género masculino. Estas siete diferencias son:

1. Los masculinos mayores de 21 años se muestran más predispuestos a brindar ayuda que los menores.
2. Los menores masculinos están en desacuerdo con que el jugador es una persona mentirosa, mientras que los mayores se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo.
3. Los mayores masculinos están de acuerdo con que el jugador prioriza el juego antes que la familia, mientras que el resto se muestra ni de acuerdo/ni en desacuerdo.
4. Los mayores masculinos están en desacuerdo con el ítem que sostiene que el jugador tiene poca fuerza de voluntad, mientras que los menores se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo.
5. Los masculinos mayores están en desacuerdo con que el jugador compulsivo desea recuperarse, mientras que la mayoría de la población se muestra ni de acuerdo/ni en desacuerdo.
6. Los menores masculinos se muestran ni de acuerdo/ni en desacuerdo ante el ítem correspondiente a que el juego compulsivo se puede rehabilitar con tratamiento profesional, mientras que el resto se encuentra de acuerdo.
7. Las mujeres mayores se manifestaron ni de acuerdo/ni en desacuerdo, mientras que las mujeres menores están en desacuerdo con que el jugador compulsivo es consciente de sus problemas.

En particular queremos resaltar que los hombres mayores consideran que el jugador compulsivo no es consciente de sus problemas, no desea recuperarse, y prioriza el juego antes que la familia.

También queremos remarcar que en muchas de las afirmaciones los estudiantes han contestado ni de acuerdo/ni en desacuerdo. Esto puede pensarse como un desconocimiento sobre la patología teniendo en cuenta que el 64% de la población abarcada en esta investigación es menor de 21 años y que las estadísticas brindadas por el Centro de Asistencia muestran que solo el 2% de la población allí tratada tiene menos de 20 años.

Para ir concluyendo, en lo que respecta a la imagen del jugador, se indagaron en la escala ciertas características que podrían llegar a ser prototípicas del jugador compulsivo, sin embargo, los datos oficiales brindados por el Centro de Asistencia revelan que no existen características en los sujetos que aparezcan de manera uniforme.

Finalizando, podemos decir que ésta investigación presenta datos que podrían servir como base para futuras investigaciones sobre la temática, por ejemplo, indagar la representación social en los mismos adictos y/o en los familiares, indagar si la representación social ante el juego compulsivo es igual en los juegos de azar (juegos de alea) que los otros tres tipos de juego (agon, mimicry, ilinx). También los datos de esta investigación podrían servir de base para investigar acerca de la actitud de los empleadores ante personas que tiene problemas con el juego (si le delegarían trabajo o no) o para indagar la representación social de la ludopatía en poblaciones no cercanas a una carrera de salud mental y hacer una posible comparación, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Andeane, Romero y Martínez (2008). *Ludopatía*, México: Biblioteca jurídica Virtual Del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3^a ed.).
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^a ed., Texto rev.).
- Barroso Benítez, C. (2003). *Las bases sociales de la ludopatía*. España: Universidad de Granada.
- Becoña, E. (1996) *La Ludopatía*. Madrid: Aguilar.
- Blanca, D., y Colletti, M. (2006) *La adicción al juego, no va mas?* Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Blanca, D., y Croce, M. (2012) *Tratado sobre juego patológico*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Caillois, R. (1958). *Teoría de los juegos*. 1^a edición en castellano. Barcelona
- Dubuc, V., e Ibarzabal, S. (2009). *Cuando el juego se convierte en problema*. Argentina, Ciudad de Buenos Aires: Instituto de Juegos y Apuestas.
- Entrelazar. (2013) *Centro de Investigación y Tratamiento de la Adicción al Juego*. Recuperado el 12 de junio de 2013 de <http://www.adictosaljuego.com.ar/>
- Freud, S. (1928). *Dostoievski y el Parricidio*. En Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973, vol. III.
- Huizinga, J. (1894). *Homo Ludens*. Madrid: Alianza.
- Ibáñez, A y Saiz J. (2001) *La ludopatía, una nueva enfermedad*. Barcelona: Masson.

- Jodelet, D. (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En S. Moscovici (comp.) *Psicología Social II* Barcelona: Paidós.
- López H. (2003), *Introducción, en Las adicciones sus fundamentos clínicos*. Editorial Lazos: Buenos Aires.
- Lesieur, H.R. (1979). *The compulsive gamblers spiral of option and involvement*. *Psychiatry*. 1979;42:79-87.
- Likert, Rensis. (1932) *A technique for the measurement of attitudes*. New York: McGraw-Hill.
- Marín Bellón, F. (2013) *Jugar con Cabeza. Los diez síntomas de la ludopatía*. Recuperado el 21 de junio de 2013 de <http://abcblogs.abc.es/poker-ajedrez/public/post/los-diez-sintomas-de-la-ludopatia-15157.asp/>
- McCormick, R.A, Taber, J.I., Kruegelbach, N., Russo, A. (1987). *Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: The California Personality Inventory*. *Journal of Clinical Psychology*. 1987;43(5):521-527
- Miller, WR. (1980) *The addictive behaviors*. En: Miller WR, ed *The Addictive Behaviors*. Oxford: Pergamon Press.
- Moscovici, S. (1961). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires (1979, 2da. edición): Ed. Huemul.
- Moscovici, S. (1981). *On social representations*. En J. P. Forgas (Ed.), *Social Cognition*. London: Academic Press (trad. castellana en G. Serrano y J. Sobral, *Lecturas de psicología social*. Santiago de Compostela: Torculo. 1992).
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *International Classification of Diseases (ICD)*. Recuperado el 7 de junio de 2013 de <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>
- Palumberi, E., y Mannino, G. (2008). *Ludopatía: un estudio comparativo entre España e Italia*. España: Humanismo y Trabajo Social.

- Ramos Brieva, J., (2006) *Ludopatía: el otro lado del juego*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Ramos Brieva, J., (2005) *Superar la ludopatía*. Madrid: Espasa- Calpe.
- Saso, C., Elboj, T., y Lorente, A. (2002) *Los juegos de azar. Juego social y ludopatía*. España: Universidad de Zaragoza, Diputación General de Aragón.

ANEXO.

Por favor, le solicitamos que se tome unos minutos para completar este cuestionario. La información que nos proporcione será utilizada para fines investigativos correspondiente a la tesis de pregrado de la Licenciatura en Psicología de la UNMDP. Sus datos y respuestas serán tratados de forma confidencial y anónima, y no serán utilizados con ningún otro propósito.

Si está de acuerdo en participar, por favor, conteste la siguiente escala.

Muchas gracias!!!

Edad:

Sexo:

Año de cursada:

A continuación, se le presentará varios ítems relacionados con el juego y el jugador compulsivo. Luego de leerlos, coloque una X, de acuerdo a lo que usted piensa o cree acerca de la afirmación, valorándola de la siguiente manera:

- 1. TOTALMENTE EN DESACUERDO**
- 2. EN DESACUERDO**
- 3. NI DE ACUERDO/NI EN DESACUERDO**
- 4. DE ACUERDO**
- 5. TOTALMENTE DE ACUERDO**

	1	2	3	4	5
1. El jugador compulsivo sufre una adicción.					
2. Una persona que tiene problemas con el juego es impulsiva.					
3. El jugador compulsivo tiene escasos recursos económicos.					
4. El jugador compulsivo también tiene otra adicción.					
5. El juego compulsivo se puede rehabilitar con tratamiento profesional.					
6. El jugador compulsivo es consciente de sus problemas.					
7. El jugador compulsivo no terminó sus estudios obligatorios (primaria/secundaria).					
8. El jugador compulsivo es mentiroso.					
9. El jugador compulsivo es excluido de su círculo familiar/social.					
10. El juego compulsivo tiene más probabilidad de ser rehabilitado que otras adicciones.					
11. Un jugador es compulsivo si juega más de 3 veces por semana.					
12. La persona que juega de manera compulsiva es habilidosa/inteligente.					
13. El juego compulsivo no es una adicción.					
14. No dejaría entrar a un jugador compulsivo a mi casa.					
15. La mayoría de los jugadores compulsivos tienen más de 30 años.					
16. El jugador compulsivo desea recuperarse.					
17. Prestaría dinero a una persona que creo que tiene problemas con el juego.					
18. Los jugadores compulsivos son mayoritariamente casados.					
19. El jugador compulsivo tiene poca fuerza de voluntad.					
20. No le delegaría tareas que impliquen responsabilidad a una persona que tiene problemas con el juego.					
21. El juego compulsivo es más tolerado que otras adicciones.					
22. Brindaría ayuda a una persona que tiene problemas con el juego.					
23. El jugador compulsivo puede establecer lazos afectivos.					
24. El juego compulsivo es más difícil de detectar que otras adicciones.					
25. El jugador compulsivo no tiene una enfermedad.					
26. El jugador compulsivo prioriza el juego antes que la familia.					
27. Una persona con problemas de juego es					

violenta/agresiva.					
28. Las mujeres tienen mayor tendencia a jugar compulsivamente.					
29. El jugador compulsivo es un adicto que necesita asistencia.					
30. No me relacionaría con un adicto al juego.					
31. El jugador compulsivo comete actos ilegales.					
32. El juego compulsivo no tiene cura.					

