

Tesis Doctorales
en Psicología
sobresalientes
Colección (2016–2019)

**Adicción al Juego: detección de
individuos en riesgo.
Propuesta de prevención y
concientización ciudadana**

María José Pérez



Facultad de
psicología



Universidad Nacional
de San Luis



nueva editorial
universitaria

Pérez, María José
Adicción al juego: detección de individuos en riesgo.
Propuesta de prevención y concientización ciudadana:
Tesis doctorales en psicología / María José Pérez. - 1a ed.
San Luis: Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2021.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-259-9

1. Adicciones. 2. PrevenciÚn de Adicciones. I. Título.
CDD 363.42

Nueva Editorial Universitaria

Coordinadora:

Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo

Sr. Omar Quinteros

Administración

Esp. Daniel Becerra

Roberto Quiroga

Dpto de Imprenta:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

TESIS DOCTORALES EN PSICOLOGÍA SOBRESALIENTES.

Dirección:

Alejandra Taborda

Edición:

Fernando Polanco

Colaboración:

Josiane Sueli Beria/Martín Zapico

Diseño de tapa:

Macarena Velasco

1^{ra} Edición: Marzo de 2021



**Universidad Nacional
de San Luis**
Facultad de Psicología

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA
CALIFICADA SOBRESALIENTE

*“Adicción al Juego: detección de individuos
en riesgo.
Propuesta de prevención y concientización
ciudadana”*

Doctorando: Lic. María José Pérez
Directora: Dra. Anna T. Rovella
Co-directora: Dra. Lilia Mabel Labiano

Tribunal Evaluador:

Dra. Geselle Kamenetzky (Universidad de Buenos Aires/CONICET)
Dra. Sonia Tifner (Universidad Nacional de San Luis)
Dra. Paula Juarez (Universidad de Buenos Aires/CONICET)

San Luis - Argentina

2019

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a esta maravillosa casa: la **UNSL**, que me abrió sus puertas allá por el año 2003, y me brindó numerosas oportunidades académicas y profesionales.

A mis directoras de tesis, Dra. **Anna Rovella** y Dra. **Mabel Labiano**, por haberme acompañado SIEMPRE y por confiar en mí desde el comienzo. Agradezco su enorme generosidad intelectual y la profesionalidad con las que llevan adelante todos sus proyectos y actividades diarias.

A la Dra. **Susana Calero**, experta y referente nacional e internacional en la temática de la ludopatía, por haberme brindado su enorme conocimiento y experiencia, y por acompañarme, desde los inicios, en el abordaje de esta problemática.

Al Mg. Jorge **Leandro Leporati**, por el asesoramiento metodológico proporcionado y, fundamentalmente, por su interés y acompañamiento continuo.

A la **Fundación de Acción Social**, institución que me brindó la posibilidad de trabajar y capacitarme en el área de las adicciones, en particular, la ludopatía.

A los **pacientes y familiares**, por la experiencia compartida, su confianza y apertura hacia el equipo profesional y sus compañeros de rehabilitación.

A mis **padres**, Cecilia y Raúl, pilares fundamentales en mi vida. Por su enseñanza en valores, su ejemplo y su amor incondicional.

A mis **hermanos**: Cecilia, Julián y Juan, fieles compañeros y amigos.

A mis **amistades**, aquellas que conservo desde la infancia y quienes fui conociendo en el tránsito académico y profesional... como suelo decirles: “hermosa coincidencia habernos encontrado”.

A mis hijos, **Catalina** y **Juan Segundo**, por enseñarme este hermoso oficio y por ser los motivos fundamentales de mis ganas de vivir.

A mi compañero de ruta, por la paciencia y el amor con que me acompaña día a día, por su entrega incondicional y su idoneidad. Con toda mi admiración y agradecimiento... Gracias **Pablo Darío Rossi!**

A **Dios**, por iluminarme siempre y guiarme en el camino correcto.

“Gracias a la **VIDA**... que me ha dado TANTO”.

... Gracias a la **MUSICA**, por ser mi musa y mi pasión.

Índice

Agradecimientos	7
Índice	9
Resumen.....	11
Abstract.....	13
1. Introducción	15
2. Adicciones	19
2.1. Definición. De las Adicciones a los Consumos Problemáticos	20
2.2. Tipos de adicciones	21
2.3. Niveles de consumo.....	22
2.4. Condiciones sociales macroestructurales que propician una tendencia adictiva	23
2.5. Contexto en el que se desarrollan los consumos problemáticos	26
3. Adicción al Juego: Ludopatía	27
3.1. Recorrido histórico. Grecia. Roma. España. Edad Media. América. 28	
2.1.1. Origen del juego de azar	28
2.1.2. Los griegos: Agón y Aléa	28
2.1.3. Roma y la pasión por apostar.....	29
2.1.4. España y la pasión por el juego de azar	30
2.1.5. La conquista española y el desembarco de la pasión del juego en América.....	30
3.2. Ludopatía: conceptualización	31
3.3. La sociedad de consumo y su influencia en el juego compulsivo	32
3.4. Dispositivos terapéuticos institucionales y técnicas para las adicciones psicológicas.....	34
3.5. El Juego Problema.....	35
3.6. Niveles de Juego en la Población	36
3.7. Datos epidemiológicos en el estudio de la ludopatía.....	38
3.8. Fases de la Adicción al Juego.....	41
3.9. Criterios diagnósticos para el juego patológico.....	43
3.10. Mecanismos cognitivos típicos de la adicción al juego.....	45
3.11. La mentira en los adictos: Deseabilidad Social y Juego Patológico 46	
4. Prevención	49
4.1. Introducción.....	50
4.2. La prevención desde un Modelo Multidimensional	50
4.3. La Prevención Integral	52
4.4. Niveles de Prevención	53
4.5. Enfoque de Riesgo.....	57

4.6.	Enfoque de Reducción de Daños.....	59
	3.6.1. Programas de Reducción de Daños en Argentina.....	60
	3.6.2. Principios básicos de la Reducción de Daños.....	61
5.	Objetivos.....	63
5.1.	Objetivos Generales.....	64
5.2.	Objetivos Específicos.....	64
6.	Método.....	65
6.1.	Diseño.....	66
6.2.	Participantes.....	66
6.3.	Instrumentos.....	66
6.4.	Procedimiento.....	67
	6.4.1. Etapa de evaluación.....	67
	6.4.2. Etapa de Intervención.....	68
7.	Análisis estadístico de los datos.....	69
7.1.	Análisis Descriptivo de la Muestra.....	70
7.2.	Análisis Factorial para la escala MC.....	88
7.3.	Análisis factorial tras eliminar el ítem 7.....	90
8.	Prevención y Concientización.....	94
8.1.	Etapa de Intervención.....	95
8.2.	Programa Psicoeducativo de Prevención Secundaria.....	95
	8.2.1. Fundamentación teórica y metodológica.....	95
	8.2.2. Objetivos.....	97
	8.2.3. Destinatarios y convocatoria.....	97
	8.2.4. Desarrollo de los talleres.....	98
8.3.	Programa de Prevención Primaria Específica.....	100
	8.3.1. Objetivo General:.....	100
	8.3.2. Objetivos Específicos:.....	100
	8.3.3. Destinatarios y convocatoria.....	100
	8.3.4. Metodología.....	101
	8.3.5. Análisis de la experiencia de intervención.....	101
9.	Discusión.....	105
10.	Conclusiones.....	115
11.	Referencias.....	119
12.	Anexos.....	125
12.1.	ANEXO I.....	125
12.2.	ANEXO II.....	128
12.3.	ANEXO III.....	129

Resumen

La ludopatía se define como un trastorno persistente y progresivo de la conducta que acaba en una dependencia emocional respecto del juego (Ochoa y Labrador, 1994), afectando negativamente la vida personal, familiar, laboral y social del sujeto que la padece.

Debido a la escasez de estudios epidemiológicos referidos a dicha patología, el presente trabajo (exploratorio) se propuso identificar sujetos pertenecientes a la ciudad de San Luis que se encuentren atravesando una probable situación de riesgo de adicción al juego, correlacionando dicha variable con características sociodemográficas tales como la edad, género, estado civil, escolaridad y ocupación. Asimismo, se pretendió identificar algunos factores de riesgo asociados al juego compulsivo, con el objeto de proponer estrategias preventivas adecuadas a las peculiaridades de la población sanluiseña.

La muestra seleccionada fue intencional (no probabilística) y estuvo conformada por 400 trabajadores (292 mujeres y 108 hombres) pertenecientes al ámbito público y privado de la ciudad capital, cuyas edades oscilaron entre 18 y 66 años.

Los instrumentos empleados fueron el cuestionario de Juego de *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), el cual ha demostrado ser de gran utilidad para evaluar posibles jugadores patológicos (Lesieur y Blume, 1987). Por otra parte, y con el objeto de analizar la posible influencia de la variable Deseabilidad Social (DS) en los resultados hallados, se administró la *Escala de DS de Marlowe y Crowne*, reducida y adaptada a la población de Cuyo, en un estudio previo realizado por la autora (Pérez, 2009a).

La presente investigación se desarrolló en dos etapas consecutivas, que se correspondieron con los objetivos inicialmente planteados: 1) Etapa de Evaluación, en la que se llevó a cabo el muestreo, sistematización, procesamiento y análisis estadístico de los datos, por medio del software de análisis estadísticos SPSS (*Statistical Packages for Social Sciences*), versión 19.0. 2) Etapa de Intervención, en la que se dio cumplimiento al segundo objetivo general planteado: aplicar los conocimientos obtenidos para la elaboración e implementación de un Programa Psicoeducativo de Prevención Secundaria, destinado fundamentalmente a la población en riesgo detectada, para promover la concientización respecto de las características y consecuencias de esta patología. El mismo fue logrado exitosamente, más aún, fue superado en cuanto a las expectativas iniciales y los alcances que posteriormente tuvieron las intervenciones, ya que, además de desarrollarse el Programa Psicoeducativo, se intervino en otros sectores de la comunidad que así lo requirieron (salud, educación, seguridad, justicia, empresas de juego, comunidad en general), desde *Nivel de Prevención Primaria Específica*.

En suma, las diferentes actividades preventivas realizadas convocaron a 900 sujetos aproximadamente, 153 participaron en los talleres preventivos secundarios y más de 700 en las actividades preventivas primarias.

En cuanto a los resultados, se obtuvo que el 82% de los sujetos pertenecieron a la categoría de *no jugadores*, el 13% a *jugadores problema*, y el 5% restante a *probables jugadores patológicos* (leves o moderados).

Respecto de las variables sociodemográficas estudiadas, se observó que el juego patológico afecta, de igual manera, a todas las clases sociales, existiendo un grado de dependencia (aunque bajo) entre el juego patológico y la escolaridad, viéndose mayormente afectadas por el juego las personas escolarizadas. El sexo resultó ser relativamente independiente del juego patológico, advirtiéndose mayor riesgo de ludopatía en los hombres, y en rangos de edades más tempranas que las mujeres, resultando la adolescencia una etapa de especial vulnerabilidad para el inicio en el juego.

No se hallaron correlaciones entre la DS y el juego patológico, sin embargo, se observó una marcada tendencia a la DS en los sujetos evaluados, la cual resultó más acentuada en aquellos individuos que presentaron algún grado de problemática asociada al juego.

Al realizarse el análisis factorial de la escala de DS, se obtuvo que el índice de confiabilidad permaneció estable tras eliminar el ítem siete, el cual arrojó baja carga factorial; por lo que la escala original de 33 ítems quedó conformada por 20 ítems en su versión actual.

Finalmente, se espera que el presente trabajo resulte de interés para la provincia de San Luis, y motive futuras investigaciones en torno a la ludopatía y su incidencia epidemiológica en nuestra población, con el propósito de favorecer el desarrollo de políticas preventivas adecuadas y contextualizadas.

Palabras claves: Ludopatía – Adicciones – Deseabilidad Social – Prevención

Abstract

Gambling is defined as a persistent and progressive disorder of behavior that produces an emotional dependence on gaming (Ochoa and Labrador, 1994), negatively affecting the personal, family, work and social life of the subject.

Due to the scarcity of epidemiological studies related to this pathology, the present (exploratory) study tries to identify subjects belonging to the city of San Luis who are going through a probable situation of risk of addiction to gambling, correlating such variable with sociodemographic characteristics such as age, gender, marital status, schooling and occupation.

Likewise, it was pretended to identify some risk factors associated with compulsive gambling with the purpose of designing preventive strategies adapted to the peculiarities of the San Luis population.

The selected sample was intentional (not probabilistic) and consisted of 400 workers (292 women and 108 men) belonging to the public and private sector of the capital city, whose ages ranged between 18 and 66 years old.

The instruments used were the South Oaks Gambling Screen Game (SOGS) questionnaire, which has proved to be very useful for evaluating possible pathological players (Lesieur and Blume, 1987). On the other hand, and with the objective to analyze the possible influence of the variable *Social Desirability* (DS) on the results found, the Marlowe and Crowne DS Scale was administered, reduced and adapted to the population of Cuyo, in a previous study carried out by the author (Pérez, 2009a).

The present study was developed in two consecutive stages, which corresponded to the initially proposed objectives: 1) Evaluation Stage: in which the sampling, systematization, processing and statistical analysis of the data was carried out, by means of the software of statistical analysis SPSS (Statistical Packages for Social Sciences), version 19.0. 2) Intervention Stage: in which the second general objective was met: Apply the knowledge obtained for the development and implementation of a Secondary Prevention Psychoeducational Program, aimed primarily at the population at risk detected, to promote awareness regarding the characteristics and consequences of this pathology. The same was successfully achieved, moreover, it was exceeded in terms of the initial expectations and the scope that the interventions subsequently had, since, in addition to developing the Psychoeducational Program, other sectors of the community that required it were intervened (health, education, security, justice, gambling companies, community in general), from the Specific Primary Prevention Level.

In total, the different preventive activities carried out summoned approximately 900 subjects, 153 participated in preventive secondary workshops and more than 700 in primary preventive activities.

Regarding results, they showed that an 82% of the subjects belonged to category of *non-players*, 13% to *problem players*, and the remaining 5% to probable *pathological players* (mild or moderate).

Regarding the sociodemographic variables studied, it was observed that the pathological game affects, in the same way, all social classes, there being a degree of dependence (although low) between the pathological gaming and schooling, where schooled persons were seen mostly affected by game. Gender was found to be relatively independent of pathological gaming, existing a higher risk of pathological gambling in men, and in earlier age ranges than women; and adolescence resulting in a particularly vulnerable stage to start with gaming.

No correlations were found between DS and pathological gambling, however, a marked tendency to SD was observed in the evaluated subjects, which was more pronounced in those individuals who presented some degree of problem associated with gaming.

When the factorial analysis of the SD scale was performed, it was obtained that the reliability index remained stable after eliminating item seven, which showed a low factorial load; so the original scale of 33 items was made up of 20 items in its current version.

Finally, the present research is expected to be of interest for the province of San Luis, and that it could motivate future research on pathological gambling and its epidemiological incidence in our population, with the purpose of favoring the development of adequate and contextualized preventive policies.

Key words: Gambling - Addictions - Social Desirability - Prevention

1. Introducción

Existe un generalizado consenso en torno a que el juego es una característica normal y potenciadora del desarrollo saludable de las personas. Asimismo, también se sabe que es una conducta, como otras propias del ser humano, que puede convertirse en problemática si convergen diversos y complejos factores.

Sin embargo, hay menos acuerdo de ideas en cuanto a los modelos de comprensión de este tipo de comportamiento.

Durante las últimas décadas, se ha intentado profundizar en la investigación y darles forma a dichos modelos pretendiendo encontrar, además, una nomenclatura que satisfaga los criterios de los distintos autores.

En 1975 se comenzó a estudiar la ludopatía como enfermedad, y Morán (1979) la definió como *Juego Patológico*.

Ángeles González Ibáñez (1988), en Barcelona, recuerda que, Rickey Greene (1979) (de la Unidad de Abuso de Alcohol, Narcóticos y Drogas del Departamento de Salud de New Jersey), publicó un artículo denominado: Un estudio Preliminar del Juego Compulsivo en New Jersey, en el que afirma: “Desde ese momento, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) reconoce formalmente este trastorno con el nombre de “juego patológico”, más preciso que el término común “juego compulsivo”, ya que la conducta suele ser egosintónica” (González Ibáñez, 1988, p. 1). A partir de entonces, se lo incluyó en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) (APA, 1980), en el apartado de los Trastornos del Control de los Impulsos No Clasificados en Otros Apartados.

Incluso es digno mencionar que, en 1987, en su versión revisada, dicho manual modificó los criterios diagnósticos para el juego patológico, resultando los mismos casi idénticos a los del abuso y adicción al alcohol, pero no modificó el apartado de su clasificación, dejando abierta (para este problema) la controversia entre trastorno compulsivo y adicción.

A pesar de ello, para muchos profesionales resulta más que aceptable la idea de *adicción* para explicar este comportamiento, y así lo dieron a conocer hace ya mucho tiempo, en la Octava Conferencia Internacional sobre Juego, que tuvo lugar en Londres en el año 1990. Hubo allí generalizado consenso acerca de considerar al juego patológico como un trastorno adictivo e, incluso, Rosenthal y Lesieur (como se citó en Dubuc, Calero, Ibarzábal, Arizaga y Nicosia, 2011), recogiendo esta opinión, presentaron una propuesta descriptiva sobre el juego patológico para el texto de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 1994).

En dicha propuesta, progresión, preocupación, intolerancia a las pérdidas e indiferencia a las consecuencias, fueron las características esenciales, destacándose las dos últimas como las más típicas en el jugador compulsivo.

En cuanto a las particularidades del desarrollo de esta enfermedad, la esencia del problema no está en el jugar, sino en no poder detenerse. Así, por un lado, la ludopatía es considerada como un *trastorno del control de los impulsos*, debido a la alta impulsividad asociada (Grant, Won Kim y Brown, 2001), la cual se refleja en la incapacidad por mantener el control sobre el juego y su detención; y, por otro lado, nos encontramos con que se la considera una *Adicción No Tóxica*, puesto que posee características similares a las drogadependencias (Chóliz, 2006).

La Organización Mundial de la Salud, en su clasificación de adicciones, incluye a la ludopatía dentro de las *Adicciones Socialmente Aceptadas*, es decir aquellas que, desde la mirada social, no son estigmatizadas ni juzgadas. Este aspecto ha contribuido a que los comportamientos adictivos que no implican ingesta de sustancias psicoactivas, sean escasamente considerados como enfermedades desde el imaginario social, minimizándose de este modo las consecuencias a las que conllevan (Chóliz, 2006).

Dicha situación demora el ya de por sí tardío pedido de ayuda profesional por parte del jugador compulsivo, de modo que esta patología (que es crónica), se sostiene en el tiempo, conduciendo (al igual que todas las demás formas de adicción) a un deterioro progresivo de la salud en general.

De la mano de una sociedad de consumo, en las últimas décadas, se ha observado una proliferación de la oferta de juego de azar. Si bien se sabe que el jugar en sí mismo no es perjudicial para la salud y que no todo jugador llega a convertirse en un ludópata, no obstante, el aumento de estímulos de juego incentiva el inicio de este tipo de conductas, las cuales suelen comenzar siendo placenteras, tornándose luego compulsivas, en particular, en sujetos con diversas condiciones de vulnerabilidad. En este proceso, el placer inicial se convierte en un placer *engañoso* con el que se pretende transformar la angustia o el displacer en gratificación inmediata, de modo tal que se modifica el sentido mismo del juego como *entretenimiento*, convirtiéndose en un problema de difícil salida.

Desde la Fundación de Acción Social¹ (FAS), ONG de la ciudad de San Luis que desde el año 2008 ofrece tratamiento para esta patología, en los últimos años se ha observado un incremento en el número de sujetos que consultan para solicitar ayuda y/o información por problemáticas asociadas al juego compulsivo, motivo que incentiva aún más la necesidad de obtener datos poblacionales que den cuenta de la incidencia epidemiológica de la ludopatía a nivel provincial, con el

¹ La autora se desempeñó en dicha institución (FAS) desde enero del año 2008 hasta diciembre de 2016, como coordinadora del equipo interdisciplinario de atención al jugador compulsivo, y como director terapéutico (años 2009 a 2012).

objeto de diseñar Programas de Prevención y Concientización, acordes a las necesidades y particularidades de esta población.

En virtud de lo expuesto, el **objetivo central** de la presente investigación, apuntó a obtener datos epidemiológicos referidos a individuos pertenecientes a la ciudad de San Luis, que se encuentren atravesando una situación de riesgo en relación al desarrollo de una conducta de juego inmoderado y/o compulsivo. La muestra seleccionada fue intencional, no probabilística, y estuvo comprendida por 400 trabajadores del ámbito público y privado, pertenecientes a la población ocupada² de distintos sectores de la ciudad capital.

El posicionamiento teórico-metodológico desde el cual se abordó esta problemática corresponde a la Psicología Cognitiva Integrativa, considerando e integrando, asimismo, aportes de autores pertenecientes a otras corrientes y líneas teóricas, quienes han demostrado vasta experiencia e investigación en el campo de las adicciones, en particular, la ludopatía.

Entre los instrumentos empleados, se administró el cuestionario de Juego de *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), el cual ha demostrado gran utilidad al momento de evaluar posibles jugadores patológicos (Lesieur y Blume, 1987).

Por otro lado, y con el objeto de analizar la posible influencia de la variable Deseabilidad Social³ (en adelante DS) al momento de interpretar los datos, se utilizó la *Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne*, adaptada a la población de cuyo en un estudio previo desarrollado por la autora (Pérez, 2009a). Su pertinencia radica en que puntuaciones elevadas de DS pueden sesgar los resultados de la investigación, más aún, considerando la experiencia clínica adquirida durante casi diez años de trabajo con pacientes adictos al juego, en quienes predomina la tendencia al ocultamiento y la mentira.

Otro de los objetivos centrales del presente estudio se orienta a la prevención y concientización social respecto de esta problemática, dado que la misma constituye un eje transversal en el abordaje de las adicciones. Para ello, en una segunda etapa del proceso de investigación, y en base a los resultados obtenidos previamente, se planificó e implementó un Programa de Intervención Secundaria destinado fundamentalmente a sensibilizar a los sujetos de la muestra que fueron identificados como posibles *jugadores problema*, es decir, aquellos individuos que se encontraban en riesgo de desarrollar la enfermedad. Dicha iniciativa, a su vez, contribuyó a intervenir desde el nivel de prevención primaria, dado que, durante el transcurso del dictado de los talleres incluidos en el mencionado Programa, surgió

² Se considera población ocupada a la parte de la población activa que efectivamente desempeña un trabajo remunerado.

³ DS: “tendencia a dar respuestas socialmente deseables de autodescripción” (Edwards, 1957)

la necesidad de realizar una serie de charlas preventivas referidas a la ludopatía, sus características y consecuencias, las cuales fueron desarrolladas en diferentes sectores de la población que así lo requirieron (tales como el sector Salud, Educación, Seguridad, Justicia, entre otros).

Finalmente, es sabido que los “consumos problemáticos” (terminología que en la actualidad se utiliza preferentemente para hablar de adicciones tóxicas y no tóxicas) atraviesan a toda la sociedad, sociedad que pareciera estimular incesantemente el consumo compulsivo como base de su sustento económico y como fuente de su crecimiento. Cotidianamente, se fomenta la compra y el uso de bienes y servicios no estrictamente necesarios, sino al mero efecto de “ser” y de *pertenecer*. En este contexto, el presente trabajo se erige sobre la motivación de realizar un aporte que contribuya a una mayor comprensión y sensibilización social respecto de una modalidad de consumo problemático, la ludopatía, que tiene cada vez mayor visibilidad en nuestra población.

Por ello, la piedra angular es la *prevención*, desde un enfoque que pretenda ser integral, y que promueva la salud de todos los ciudadanos.

2. Adicciones

“Los consumos problemáticos están inscritos en el mismo espacio social y cultural que el mundo del consumo más general. Es como si se hubiera producido un movimiento de doble convergencia. Por un lado, el consumo en general presenta cada vez más el carácter compulsivo y adictivo. Por otro lado, éstos se legitiman y se inscriben de forma creciente en los códigos modales y de legitimación del mundo más general del consumo. El resultado, es la creciente equivalencia entre uno y otro”.

Fernando Conde (1999, Pág. 225)

2.1. Definición. De las Adicciones a los Consumos Problemáticos

Existen diferentes modos de denominar lo que comúnmente se engloba bajo el concepto de *adicción*, según las bases ideológicas y teóricas de quien las define. Por consiguiente, diversas son también las maneras de nombrar a la persona que padece esta enfermedad: *adicto*, *drogadicto*, *drogodependiente*, *consumidor de drogas*, *toxicómano*, *dependiente químico*, y más recientemente, *consumidor problemático*.

Jean Bergeret (1991), refiriéndose a la etimología del concepto, propuso un empleo particular del mismo, derivado del latín *addictus*, para designar al esclavo por deuda y la coacción por el cuerpo. Este autor propone entonces el término *adicción*, en el marco de un abordaje psicoanalítico, donde la dependencia corporal tendría valor para el sujeto como tentativa inconsciente de arreglar una deuda.

Stedman, en 1994 lo definió como el “consentimiento de dependencia habitual psicofisiológico de una sustancia o práctica que está más allá del control voluntario” (Stedman como se citó en Calero, 2005, p. 244). Denomina *adicto* al individuo que está habituado a incorporar una sustancia o práctica especialmente considerada peligrosa.

Por su parte, Farré Martí (1999) se refirió a la adicción en términos de “tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación al consumo de drogas, al uso de objetos, a la repetición de actividades, hasta el punto de dañarse a sí mismo o a la sociedad” (p. 15). Desde esta perspectiva, comienzan a incluirse dentro del concepto de adicción aquellas conductas adictivas que no necesariamente implican la ingesta de sustancias psicoactivas.

En concordancia, según la Organización Mundial de la Salud es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia [IAFA], s.f.).

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su quinta edición (APA, 2013) no emplea la palabra *adicción*, fundamentalmente por la connotación negativa que ésta tiene, sino que incluye dentro del apartado *Trastorno por Consumo de Sustancias* el amplio abanico de posibilidades en que puede presentarse el trastorno adictivo (desde un estado leve a un estado grave) de consumo compulsivo, y continuamente recidivante.

Según dicho Manual, la característica esencial de este trastorno es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican que el sujeto continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con el consumo. El DSM utiliza preferentemente el concepto de *dependencia* en lugar del vocablo *adicción* (por ejemplo, dependencia de *cannabis*, dependencia de la cocaína, etc.).

La profundización en el fenómeno de la dependencia ha ido permitiendo completar los aspectos fisiológicos con elementos psicológicos, cognitivos y

conductuales, hasta el punto de entender que “los síntomas de tolerancia y abstinencia ya no son definitorios *per se* para el diagnóstico de dependencia, el cual también podría establecerse a partir de criterios de índole psicológica” (Rodríguez Villarino, 2004, p. 85).

A partir del año 2014, con la promulgación de la Ley Nacional N° 26.934 se comienza a emplear el concepto de **consumo problemático** para referirse a los distintos tipos de adicciones. Dicha normativa establece la implementación de un Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan I.A.C.O.P.), definiendo en su segundo artículo los consumos problemáticos en los siguientes términos: “son aquellos consumos que, mediando o sin mediar sustancia alguna, afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas, legales o ilegales, o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud” (Ley 26.934, 2014, Art. 2).

A partir de la mencionada ley, comienzan a incluirse las adicciones comportamentales por primera vez en el ámbito legislativo, equiparándolas a las adicciones químicas.

Por su parte, el reconocido médico toxicólogo argentino Carlos Damín (2015), plantea que suele identificarse al consumidor de sustancias como *adicto* y, sin embargo, hay diferentes tipos de vínculos que establecen los sujetos con las sustancias, sin ser todos ellos patológicos ni necesariamente consumos problemáticos. Al expresar que existe un consumo problemático, considera también la posibilidad de un consumo no problemático. Según el citado especialista, la tarea de poder diferenciar entre estos dos tipos de consumo es responsabilidad de un equipo interdisciplinario, a partir del abordaje de distintas disciplinas que permita realizar un diagnóstico adecuado a cada paciente y a cada situación singular.

Pretendiendo aproximarse a una definición holística de las adicciones, Valladolid (2015) las conceptualiza como una *enfermedad familiar*; esto es, como una enfermedad volitiva, biogenética, recurrente y multicausal que se incuba esencialmente en el entorno familiar, social y ambiental, siendo inconsciente e involuntariamente mantenida por la co-adicción familiar. Se caracteriza, principalmente, por la imperativa, irrefrenable e insaciable apetencia de placer; inconsciencia de enfermedad; carencia de voluntad efectiva; degradación progresiva de la personalidad, comportamiento disocial e insensibilidad, entre otras manifestaciones clínicas.

2.2. Tipos de adicciones

En la actualidad, la tendencia se orienta hacia un acercamiento más completo y comprehensivo del fenómeno adictivo. Esto pone de manifiesto que lo característico de la adicción no es el objeto con el que el sujeto se relaciona, sino el modo de comportarse del individuo. La *pérdida de control* y la *dependencia*

constituyen de esta forma los *componentes fundamentales* de la adicción (Echeburúa, 1999), un término que etimológicamente significa *adjudicación o entrega*, y se liga estrechamente con la pérdida de libertad personal, ya que *addictus* era, para el Derecho Romano, el ciudadano que perdía su libertad al ser adjudicado a su acreedor por no poder pagar sus deudas. Estas son, sin duda, notas que caracterizan al alcoholismo o la drogadependencia, pero igualmente a otros trastornos de conducta que, sin consistir en el consumo compulsivo de sustancia alguna, merecen calificarse igualmente como adicciones (Echeburúa y Corral, 1994).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Echeburúa propone en 1999 la siguiente tipología de adicciones (Tabla 1):

Tabla 1.

Tipología de adicciones

Tipos de adicciones	Variantes más comunes
Adicciones Químicas	Tabaquismo
	Adicción a los opiáceos
	Alcoholismo
	Adicción a la marihuana, cocaína, anfetaminas, etc.
	Adicción a las benzodiacepinas
Adicciones Psicológicas	Juego patológico
	Adicción al sexo
	Adicción a las compras
	Adicción a la comida
	Adicción al trabajo
	Adicción a las TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación)
	Adicción al ejercicio físico (vigorexia)

Nota: basada en la tipología de Echeburúa, E. (1999). Adicciones sin drogas. Bilbao: Desclee De Brouwer.

2.3. Niveles de consumo

En general, los estudios sobre los distintos usos de drogas coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno y que son necesarios a la hora de realizar cualquier análisis: *sustancias, individuos y contexto* (Touzé, 2010)

Teniendo en cuenta estos tres elementos, se define como *uso de drogas* a la utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia (por ejemplo, usar medicamentos debidamente recetados por un facultativo) o de experimentar sensaciones placenteras (por ejemplo, fumar o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas). Por lo tanto, el uso de drogas es medido y planificado

y se enmarca en normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada, que consumen en contextos específicos (por ejemplo, acompañando la ingesta de comidas en el caso del alcohol, siguiendo prescripciones médicas en el caso de los medicamentos, etc.). Puede existir también un uso esporádico de drogas no aceptadas socialmente como la marihuana. Según Becoña Iglesias y Cortes Tomás (2011), este tipo de consumo no produce consecuencias negativas para el individuo.

El *abuso de drogas*, en cambio, se refiere a su consumo con cierta periodización y en dosis importantes. Por lo general, este tipo de consumo es aceptado por grupos minoritarios en una sociedad, ya que hace referencia a un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad, y conlleva a un deterioro clínico significativo relacionado con el incumplimiento de tareas habituales, y/o alteraciones en las relaciones interpersonales (sociales o familiares). Conforman esta categoría, por ejemplo, los bebedores excesivos de alcohol, que consumen en reuniones o durante los fines de semana.

Las *adicciones* se dan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad, que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. Existen adicciones a determinados objetos o actividades, y no sólo a sustancias, porque el mismo patrón de conducta que se establece con las drogas puede establecerse en relación con actividades como por ejemplo mirar televisión, interactuar con la computadora o jugar compulsivamente. Se habla entonces de *dependencia* física y/o psicológica en el caso del consumo de sustancias, y psicológica en el caso de actividades, y de *síndrome de abstinencia* cuando se prescinde del consumo.

En el caso de la *dependencia de drogas*, ésta se encuentra en estrecha relación, no sólo a un tipo y efecto farmacológico de una sustancia sobre el individuo, sino además a un determinado estilo de vida. Lo farmacológico tiene un papel importante, pero no se lo puede considerar como el factor causal único de la dependencia. La dependencia implica que el sujeto tiene un deseo inevitable de consumirla, ya que depende física y/o psíquicamente de ella. Aparece una necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir el efecto deseado (tolerancia), y un consumo que, en muchos casos, tiene el objetivo de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (Damín, 2015).

2.4. Condiciones sociales macroestructurales que propician una tendencia adictiva

La modernidad, según Lipovetsky (2006), puso en marcha un proceso de secularización que se inició en el siglo XVII, y que pretendió consolidar una moral separada de la autoridad de la iglesia y de las creencias religiosas, establecida sobre una base humano-racional. La organización social y política de esa época, se fundó sobre los derechos inalienables de los individuos, y no sobre la obligación hacia el

legislador divino. Libertad, igualdad y felicidad se consideraron los derechos naturales del hombre, y la búsqueda de esta felicidad y de los placeres, abrió la puerta a la búsqueda de sensaciones nuevas. “Las exigencias de renuncia y austeridad han sido masivamente reemplazadas por normas de satisfacción del deseo y de realización íntima, ésta es la ruptura más espectacular del ciclo moralista” (Lipovetsky, 2002, p. 23).

En la actual postmodernidad, el individualismo hedonista y personalizado se volvió legítimo y ya no encontró oposición. Pero el problema radicó en que el individualismo tuvo la característica de ser *egoísta*, carente totalmente de solidaridad. El consumo de drogas aumentó en un intento de búsqueda del placer y de la felicidad individual inmediata, con un olvido total de los demás: sólo importa vivir en el presente y no en función del pasado ni del futuro (Lipovetsky, 2006). Se perdió este sentido histórico frente a la nueva ética hedonista, que hace culto al capricho y su realización inmediata, *todo y ahora* (Strejilevich de Loma, 1995).

Ovejero Bernal (2007) realiza una aproximación sobre qué cuestiones sociales han ido cambiando para pasar de tiempos en los que se consumía una “droga cultural” (que especificaba, también culturalmente, quiénes podían consumirla y en qué situaciones concretas) a la realidad actual, en la que se promueve el consumo de todo tipo de sustancias y por personas cada vez más jóvenes. Algunas de estas cuestiones son, para el mencionado autor, las siguientes:

El placer de lo prohibido: antes, la realidad podía transgredirse con el consumo de drogas con fines lúdicos o recreativos; sin embargo, su restricción implicó también infringir la norma, “pues a la propia euforia farmacológica se agregaba la fascinación que ejerce todo fruto prohibido” (Usó, 1997, p. 55). De esta manera, fue cobrando cada vez mayor protagonismo un nuevo tipo de usuario: joven, sin medida, y con escaso conocimiento toxicológico.

Necesidad de pertenencia: quizás esta necesidad sea la más poderosa de nuestras motivaciones. Es por ello que muchas personas, sobre todo los adolescentes, suelen iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas. Es habitual que dicho consumo funcione como la señal de identidad grupal y, por ende, se convierta en un requisito para entrar en un grupo y/o para mantenerse en él.

La adicción como búsqueda de identidad: en la mayoría de las sociedades actuales donde no existen ya los ritos de paso de la infancia a la vida adulta, y la adolescencia puede alargarse durante muchos años, es muy habitual que los adolescentes busquen diferentes caminos para resolver los problemas de identidad, tan característicos del momento evolutivo que transitan. Un camino muy frecuente suele ser el consumo de diferentes tipos de drogas.

Cambio social drástico: los cambios sociales y psicológicos acaecidos en la modernidad, y luego en la actual postmodernidad, han desembocado en lo que Lipovetsky (2006) denominó como *la era del vacío*. Es frecuente, que sobre todo los jóvenes y adolescentes, se introduzcan en el consumo de diferentes sustancias como una manera de escapar a ese vacío y hastío vital, por más ilusoria que esta medida resulte.

Sociedad de consumo y necesidad imperante de ganar dinero al costo social que sea, pues lo que cuenta es el beneficio: con la instauración del capitalismo, aquella historia de que todas las sociedades y culturas tuvieron su droga, donde su uso y consumo estaba consensuado socialmente, y los beneficios superaban a los perjuicios, cambió radicalmente. Ha sido sustituida esa *droga cultural* por todo tipo de drogas foráneas y/o artificiales, para cuyo consumo los miembros de tales sociedades no están de ninguna manera preparados.

Tener en cuenta estas influencias desde lo social y cultural, con las particularidades de cada región y en el contexto de la influencia que ejerce el fenómeno de la globalización, es fundamental para pensar la construcción de las subjetividades, y por tanto para comprender cómo el consumo de diferentes sustancias se ha convertido en una práctica habitual a nivel global.

En términos de Zygmunt Bauman (2007), nos encontramos en el final de un proceso que produjo el pasaje de una sociedad de productores a una de consumidores. Este cambio significó múltiples y profundas transformaciones, una de ellas, es educar a los consumidores para que estén dispuestos a ser seducidos constantemente por las ofertas del mercado, a la vez que crean que son ellos quienes mandan, juzgan, critican y eligen. Los bienes y servicios de consumo son presentados a través de publicidades y propagandas como objetos capaces de satisfacer todas las aspiraciones de felicidad que puede tener una persona.

Dicho pensador denominó *vida líquida* a la manera habitual de vivir en nuestras sociedades contemporáneas, donde la vida se caracteriza por no mantener ningún rumbo determinado, puesto que se desarrolla en una sociedad que, en cuanto líquida, no mantiene mucho tiempo la misma forma. Y ello hace que nuestras vidas se definan por la precariedad y la incertidumbre constantes (Bauman, 2005).

En base a los trabajos de Bauman (2005, 2007), Ernesto Sinatra (2014) plantea que en este contexto en el que prima la inmediatez y el placer por lo efímero, los objetos (muchos de ellos potencialmente adictivos) se nos ofrecen como lo más sólido, ya que mientras el *espectáculo* del mercado exhibe lo que ha producido, se transforman las relaciones en *conexiones*, y lo precedero adviene efímero e instantáneo.

Para ambos autores, ni esos dolores morales surgirían con tanta frecuencia ni haría falta recurrir al engaño de forma tan habitual si el mundo fuera menos *líquido*, es decir, si no cambiara tan rápidamente, si los objetos de deseo no envejecieran en él tan pronto ni perdieran su encanto a una velocidad tan vertiginosa, si la vida humana (más duradera que la vida de prácticamente cualquier otro ser) no tuviera que estar dividida en una serie de episodios independientes y de nuevos comienzos.

2.5. Contexto en el que se desarrollan los consumos problemáticos

Para Damín, son tres los ámbitos concurrentes, necesarios y obligatorios para que pueda desarrollarse un consumo problemático: un contexto social, una persona con disposición (biológica y psicológica) y una o más sustancias u objetos adictivos (Damín, 2015).

Jauregui (2007) sostiene que el problema de las adicciones, en la actualidad, continúa siendo comprendido como un problema fundamentalmente individual. Si bien algunos autores han incorporado a la familia, y/o al entorno social (amigas/os) por entender el grado de influencia que ejercen en esta problemática; son escasos los trabajos dedicados al contexto cultural y social más amplio.

Ovejero Bernal (2007) destaca el contexto sociocultural en el que se desarrollan las adicciones. Entiende que todas las civilizaciones, todas las culturas, y todos los grupos humanos han consumido drogas y con fines completamente diversos; y sus beneficios individuales, grupales y sociales han sido superadores de los costos que han acarreado. Sin embargo, en nuestra sociedad occidental actual, esta cuestión se ha invertido. Para tratar de comprender este fenómeno, el autor puntualiza sobre dos rupturas histórico-culturales: la modernidad y la postmodernidad.

Schaef (1987) y Arendt (1961) postularon que el *sistema moderno* tiene la característica de ser adictivo y, por lo tanto, promueve comportamientos adictivos de todo tipo. En este contexto, el trabajo-consumición se convirtió en la actividad principal: el proceso laboral se cimentó y quedó garantizado por el retorno de la necesidad de consumir, gestando así este *ciclo adictivo* propio de la sociedad moderna. Para dichos autores, el ser humano moderno quedó recluido en esa domesticidad laboral y consumista, construyendo su vida cotidiana en torno a estos dos procesos, basado en *necesidades* nunca satisfechas. En este sentido, se refieren a *una cultura de la adicción*, a cuya condición de subyugación o esclavitud, se le agregan sentimientos profundos de soledad, vacío, miedo a los sentimientos, alienación física y mental.

En este sentido, Peel (1989) enfatiza en el estilo de vida moderno. Sostiene que el mismo se organiza en torno a la consumición, ya sea esta una sustancia, una actividad o una relación; donde las compulsiones se convierten en el modo de expresión del ser humano moderno.

En este difícil contexto en el que nos toca vivir, Jauregui (2007) plantea que las estrategias preventivas deberían ser pensadas y elaboradas comprendiendo a las adicciones como un *problema fundamentalmente estructural*, que requiere la implementación de tácticas que se inscriban, fundamentalmente, en el cambio cultural y social que atravesamos.

3. Adicción al Juego: Ludopatía

“Por ridícula que sea la esperanza que he puesto en la ruleta, encuentro más ridícula aún la opinión, generalmente admitida, que estima absurdo esperar algo del juego. ¿Por qué el juego ha de ser peor que cualquier otro medio de procurarse dinero, como el comercio, por ejemplo? Es cierto que de cada cien hombres solamente uno gana.

Pero a mí ¿que más me da?”

Dostoievski (1966, p. 27)

3.1. Recorrido histórico. Grecia. Roma. España. Edad Media. América.

A continuación, se realiza un breve recorrido histórico sobre el origen de la práctica de los juegos de azar y de apuestas, como, asimismo, los esfuerzos realizados para su regulación.

2.1.1. Origen del juego de azar

Existen diversas versiones diferentes acerca del origen de los juegos y de las apuestas, pero hay escasos datos fehacientes. La referencia más antigua que se conoce, son unas piezas similares a dados que se hallaron en tumbas egipcias y árabes que datan del año 2600 a. C.

En *El origen histórico del contrato de juego*, se expone:

[...] más allá de que el juego sea de origen divino o que haya tenido unos principios más modestos, que haya sido inventado por los Lidianos como sostiene Herodoto, o por el soldado Alea como quiere San Isidoro de Sevilla, por Attalus, rey de Asia, como escribía Pierre de Blois, que provenga de la villa asiática Alea, o de otro lugar; lo que sí es cierto es que es muy antiguo y que esta pasión ha estado y está universalmente enraizada en el corazón de los hombres. (Teodoresco como se citó en Díaz Gómez, 2002, p. 285).

2.1.2. Los griegos: Agón y Aléa

En la Grecia antigua ya se hacía la distinción entre los juegos de competición, es decir, aquellos en los interviene la habilidad o la destreza de los participantes (como sucede en los deportes), llamados *agones*, y los juegos de azar: aquellos que dependen de la suerte, llamados *aléa*.

Estos últimos, a diferencia de los juegos de competencia, son específicamente humanos y es a través de ellos que el hombre ha intentado revelar su destino, su fortuna o predecir el futuro.

En Grecia se originaron los Juegos Olímpicos y, al mismo tiempo, tuvo un gran desarrollo la idea *agonal* (competitiva) en la vida griega, que se reflejaba en la educación y en la cultura, en general. El *agón* es un modo de expresión de la superioridad física y espiritual.

La *Polis* debía educar y desarrollar al individuo y el espíritu agonal actuaba como una fuerza que promovía el saber y la potencia griega. Aspiraban a destacarse, a vencer en competiciones, aunque eso no reportase ningún beneficio utilitario.

Luis González Seara (1998), en su libro *El laberinto de la fortuna*, plantea:

en la jerarquía de valores del mundo griego, el ocio ocupaba claramente un lugar privilegiado, hasta el punto en que el trabajo se entendía como una condición necesaria del ocio e, incluso, la palabra que lo designaba tenía

una significación negativa: *no-ocio*, lo mismo pasaría en Roma, donde *negotium*, el negocio, era la *negación del ocio* (p. 25).

Es decir, que el ocio no era tiempo libre, sino que implicaba la condición de estar libre de la necesidad de trabajar; se refería a una actividad contemplativa destinada a perseguir la belleza, la verdad y el bien. No se confundía tampoco con el juego. El ocio era considerado un estado que proporcionaba felicidad y se alcanzaba únicamente con la educación apropiada.

El juego de azar (*aléa*) era entendido entonces como fruto de la educación, propia de los ciudadanos, única clase social que tenía acceso a ella. Las clases trabajadoras, por carecer de educación adecuada, no podían hacer un uso elevado ni del ocio ni del juego.

2.1.3. Roma y la pasión por apostar

Entre los romanos, las apuestas eran una pasión a la que se entregaban todos por igual, ya sea en el anfiteatro, en el circo o en los grandes espectáculos. Dichas prácticas eran fomentadas por los emperadores, quienes a las muchedumbres regalaban billetes de lotería con premios y comida.

El juego más popular era el de los dados, del cual eran fervientes jugadores, los emperadores Nerón y Calígula.

En Roma existían las casas de juegos, de hecho, la palabra *Casino* deriva del italiano *Casa* (Corominas, 1994), y significa pequeña casa *elegante*.

“La palabra *aléa*, que inicialmente significaba juego de dados, después por extensión a todos los juegos de azar, devino un término jurídico para determinar una infracción a la ley, *quae vetuit in pecuniam ludere*; *aleatores* eran los jugadores habituales y los de profesión” (Díaz Gómez, 2002, p. 285). La concepción jurídica del contrato de juego en la antigua Roma venía marcada por su prohibición legal.

El Emperador Justiniano (527-565) mandó recopilar y ordenar todas las antiguas leyes romanas en un sólo gran Código que se llamó Digesto. De esta manera, lejos de perderse en manos de los pueblos bárbaros, las Leyes Romanas pasaron a ser la base del derecho occidental.

Manuel Jesús Díaz Gómez plantea “en el Código Justiniano [...] se prohíben todos los juegos de azar especificándose, además, que no se permiten los juegos de caballos de madera, ni los de suerte” (2002, p. 287).

Se trataba de una prohibición de carácter general, pues se ordenaba que a nadie sea permitido el jugar, ni presenciar el juego; fundamentada en el propósito de evitar los males que ellos podían ocasionar a cualquier persona:

[...] con el tiempo, dominando esta pasión a muchas naciones, ha hecho derramar abundantes lágrimas; puesto que muchos, sin jugar ni conocer el juego, han perdido, apostando, toda su fortuna, arriesgando en el juego día y noche su dinero, sus piedras preciosas y el oro. (Díaz Gómez, 2002, p. 288).

Además de prohibir la práctica del juego de apuestas, el Código Justiniano se expedía sobre la invalidez del *contrato* de voluntades entre los apostadores, decretando que dicho acuerdo no obligaba a las partes a respetarlo. Entonces, el ganador de una apuesta no tenía derecho a realizar ningún reclamo y el perdedor quedaba exceptuado de pagar lo perdido y, si lo hubiera hecho, el Código le otorgaba la acción de reclamar lo pagado. Se restituía así la pérdida económica y el honor del perdedor.

De ese modo, el derecho romano tenía como objetivo impedir que se obtuvieran fácilmente ganancias por medio del juego.

2.1.4. España y la pasión por el juego de azar

Los españoles se preocuparon tempranamente en su historia por regular los juegos de suertes. Ya en 1256, el rey Alfonso X (*El sabio*), redactó *Las Siete partidas* (López, 1844), dedicándole varias leyes al juego, especialmente referidas a clérigos y eclesiásticos. En esta obra, no condena a las personas comunes, aunque advierte sobre los riesgos de visitar las *tahurerías*, tal como se les llamaba a las casas de juegos.

El tahúr o truhán era una figura de la época, definida como un ladrón, como un hombre de mala vida. Todo aquel que resultara perjudicado por un negocio de algún tahúr, era considerado culpable por haber estado en su compañía y no se podía hacer un reclamo a las autoridades por perjuicio sufrido, excepto que el daño hubiese terminado con la vida del jugador.

La afición por el juego no era propia de un grupo social o estamento en particular; por el contrario, se extendía a toda la población. Eso hizo que se dispusieran prohibiciones en torno al juego en todo el reino de España. No obstante, todas las reglas y precauciones tomadas no tuvieron efecto alguno sobre los excesos de los jugadores, lo que derivó en la necesidad de eliminar los garitos (asas de juegos clandestinos) y las posibilidades de abrir nuevos sitios destinados al juego.

2.1.5. La conquista española y el desembarco de la pasión del juego en América

Con la conquista de América, llegaron también a los nuevos territorios las prácticas de apuestas, tan arraigadas en el pueblo español. Para la Corona española, tratar de regularlas constituyó un problema.

Es interesante destacar que, en la época de la conquista, quienes estaban designados como autoridades representativas de la Corona y debían aplicar la legislación sobre los juegos de apuestas, eran (ellos mismos) los principales transgresores.

Milagros del Vas Mingo (citado en López Cantos, 1992), en su prólogo al libro *Juegos, fiestas y diversiones en la América española*, afirma:

Una de las mejores formas de conocer a una sociedad es profundizar en las fórmulas que se utilizan para consumir su tiempo de ocio [...] conocer sus fiestas, juegos y diversiones. [y agrega] una vertiente de la utilización que

el Estado hizo de las diversiones fue extraer un beneficio económico, incluso sobre los juegos más controvertidos como el de naipes o la lotería, que proporcionó en la Nueva España en el período entre 1775- 1795 unos saneados ingresos a la Hacienda Real (p. 332).

Vemos así, como se transforma el juego de azar en una actividad paradójal: por un lado, se condena su práctica excesiva y, a la vez, se la promueve desde las mismas instituciones que buscan regularlo, porque es el mismo Estado español el que obtiene importantes ganancias económicas de los juegos, tales como la lotería (López Cantos, 1992).

3.2. Ludopatía: conceptualización

Etimológicamente, *ludopatía* proviene del latín *ludus* (juego) y del griego *patheia* (afección, padecimiento). Consiste en el impulso irrefrenable de jugar compulsivamente, a pesar de la consciencia de sus consecuencias y del deseo de detenerse.

Belloch, Sandín y Ramos (1995) fue la primera en referirse a la *adicción no tóxica*, como la “dependencia hacia un objeto o actividad donde no existe ingesta de ningún compuesto químico que ocasione cambios biológicos nocivos para el organismo” (p. 558). La autora desarrolla el concepto de *dependencia psicológica*, que permite definir a la adicción al juego como una conducta persistente donde el sujeto pierde el control voluntario, incrementando la frecuencia o cantidad de la actividad a medida que pasa el tiempo.

Una de las definiciones más aceptadas por quienes investigan esta temática fue la propuesta por Enrique Echeburúa (1999), quien se refiere a las socioadicciones (adicciones no químicas) conceptualizándolas como ciertos comportamientos, conductas esperables, normales, que pueden llevarse de manera no saludable según la frecuencia e intensidad con que se realiza determinada práctica, cantidad de tiempo y dinero invertido, así como el modo de interferencia en los vínculos familiares, sociales y laborales de una persona.

Tanto la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) definieron al jugador patológico como un individuo que se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir los impulsos de jugar y a la aparición de una conducta de juego que compromete, rompe o lesiona los objetivos personales, familiares y vocacionales del sujeto (Herrezuelo Orte, 2013).

Según Alonso Fernández (como se citó en Dubuc, 2018) “las nuevas adicciones sin droga constituyen uno de los capítulos más representativos de la psicopatología anunciada para el siglo XXI, tanto por los aspectos cualitativos como por los cuantitativos” (p. 35).

Adès y Lejoyeux (2003) expresan que reconocemos fácilmente, incluso cuando lo disimulan, a los toxicómanos, a los alcohólicos o a los fumadores, pero es más difícil identificar a los jugadores compulsivos. Los mencionados autores

ponen especial énfasis en la influencia de la sociedad de consumo en este tipo de adicciones, aspecto que se analiza con mayor profundidad en el siguiente apartado.

Custer (citado en Ochoa y Labrador, 1994) plantea que las características fundamentales del juego patológico son tres:

I. Es un trastorno en el que la persona se ve obligada, por una urgencia psicológicamente incontrolable, a jugar. Aunque existen factores sociales, culturales e incluso bioquímicos en el juego patológico, está considerado un trastorno de características psicológicas.

II. Es un trastorno persistente y progresivo de la conducta que acaba en una dependencia emocional respecto del juego. Es decir, implica un deterioro progresivo en la conducta de juego, partiendo de momentos iniciales en los que el juego y las apuestas son escasos hasta llegar al juego patológico, que puede desarrollarse a lo largo de períodos de 10 a 15 años.

III. Es un trastorno que llega a afectar de forma negativa la vida personal, familiar y vocacional.

Por lo tanto, paralelamente al desarrollo de la problemática de las adicciones a sustancias químicas, se fueron presentando cada vez con mayor frecuencia otro tipo de adicciones, solapadas en el seno de las sociedades, encubiertas durante años: las adicciones sociales.

Para desarrollar una conducta adictiva al juego, se requiere de una evolución clínica, la cual transcurre como cualquier adicción solamente que ésta presenta ciertas características muy particulares o específicas que por ser una “conducta adictiva de contacto”, es decir que se desarrolla en medios sociales, se muestra diferenciada, a continuación, su patología. (Vacca Rodríguez, 2005, p. 81).

3.3. La sociedad de consumo y su influencia en el juego compulsivo

El jugar, en general, es una actividad presente en todas las culturas, que ha permitido históricamente el despliegue de la creatividad, facilitando los procesos de socialización y de vinculación con los otros.

Sin embargo, iniciado el siglo XXI, todavía con el empuje del siglo XX que nos introdujo en una revolución informática y nos expuso a enormes cambios culturales, fueron muchos los intentos por dimensionar el impacto sobre la sociedad de sus actuales modalidades de consumo, entre ellas, del juego, que ha devenido en un objeto de consumo más, con sus múltiples factores convergentes.

En una sociedad de consumo, las familias y los sujetos inmersos en ella se desarrollan en una *corriente de consumo* (Bauman, 2005). Consumir es el comportamiento apropiado y deviene entonces en eje del modelo social imperante

para su sustento y crecimiento. La economía del mundo contemporáneo se sostiene en una masa crítica de consumidores que mueven el circuito del mercado y hacen florecientes las economías de cada región.

Se ha señalado desde la sociología y la economía cómo, en su evolución, esta sociedad fue transformando el rol predominante de sus miembros: de *productores a consumidores*. La producción de bienes fue concentrándose en pocas manos y tecnificándose a tal punto que, en muchos sectores, se dejó de tener como protagonista a la mano de obra humana, para producir bienes y servicios a través de maquinarias. Simultáneamente, fueron creciendo los servicios como forma de actividad predominante entre los pobladores, que se reconocen como ciudadanos, alojados en centros urbanos cada vez de mayor envergadura (Dubuc, Ibarzábal, Arizaga y Rodríguez, 2010).

Este escenario condiciona nuevos usos y costumbres: vida sedentaria, trabajo mecanizado, nuevos hábitos alimentarios, nuevas formas de relación entre los miembros de la familia y nuevas formas de consumo, incluidos los consumos problemáticos de sustancias y/o de objetos (el juego de apuestas y el mediado por tecnologías también ha adquirido esta cualidad de objeto de consumo masivo). Aún más, aparece la propia persona como potencial objeto de consumo o, al menos, como pasible de ser objeto de exposición, centro de los contenidos mediatizados e, incluso, globalizados a través de Internet. Se configura, así, un tipo ideal para nuestra sociedad de consumo: el sujeto consumidor, libre y elector. Este tipo ideal (o prototipo de consumidor) resulta una herramienta de análisis de los diferentes fenómenos en curso, incluso la adicción. Si bien no representa una realidad generalizable, ya que los sujetos-individuos que habitan cada región sostienen sus patrones de comportamiento diversos e irrepetibles, no por ello dejan de tener este modelo como referencia (o parámetro). Esta figura nos habilita a reconocer rasgos significativos e interpretar conductas nuevas (o aún las viejas, pero resignificadas) en sus patrones actuales. Entre éstos, reconocemos el *deseo de consumo* como una fuerza impulsiva que determina el comportamiento de muchos sujetos: *quiero seguir jugando...; comiendo...; comprando...*. Incluso, el mismo modelo se observa en los procesos de identificación: “Soy lo que consumo”, y resulta, con ello, una talla consistente como sello de la lógica del mercado imperante, adoptada de forma general (Dubuc et al., 2010).

3.4. Dispositivos terapéuticos institucionales y técnicas psicológicas para las adicciones.

Son diversas las clasificaciones que se han propuesto para categorizar los diferentes tipos de juegos. Una de ellas, los divide en: juegos de azar, juegos de competencia, juegos de riesgo y juegos de reglas (González Seara, 1998).

Entre los juegos de azar, a su vez, se establecen cuatro criterios para categorizarlos (Bombín, 1992): 1) **Por su licitud:** lícitos e ilícitos; 2) **Por su administración:** públicos y privados; 3) **Por su contenido:** máquinas tragamonedas, bingos, casinos, cartas, loterías y apuestas deportivas, y el rubro en ascenso de los juegos online; 4) **Por su poder adictivo:** muy adictivos y poco adictivos.

Del mismo modo, se han clasificado los diferentes tipos de jugadores. Según Dubuc et al. (2010), una de las formas de tipificarlos es la siguiente: 1) **Jugador Social u Ocasional:** es el jugador que llega al lugar de juego por curiosidad o invitación de otro, sólo para divertirse; 2) **Jugador Habitual:** es el que refiere que, en su acción, crea un grupo, comienza a mentir a sus familiares acerca de su actividad, y empieza a describir una sensación diferente cuando juega; 3) **Jugador Compulsivo:** este jugador muestra que el dinero no tiene el valor que antes le atribuía, tiene muchas veces problemas legales a causa del juego, aparecen deudas y conflictos familiares. Sufre por cuadros de angustia; irritabilidad, descontrol. Presenta comorbilidad frecuente con el Trastorno Obsesivo Compulsivo, el Trastorno Bipolar, entre otros.

Clasificaciones como la de Ochoa y Labrador (1994), Becoña Iglesias (1996), González (1989) y Rodríguez-Matos (1987), distinguen, desde la perspectiva de la Salud Pública, los siguientes tipos de jugadores: 1) **El no jugador;** 2) **El jugador social:** es aquel que juega de modo recreativo y que representa a la mayoría de la población; 3) **El jugador problema:** sujeto que padece un amplio rango de consecuencias adversas que derivan del juego; 4) **El jugador patológico:** reúne los criterios diagnósticos del DSM; 5) **El jugador que busca ayuda:** sin importar el grado de afectación, incluye a las personas que buscan ayuda y las que, no pudiendo hacerlo, están preocupadas por su problemática de juego; 6) **El jugador profesional:** esta persona proyecta y organiza su vida a través del juego de apuestas, y de las ganancias o pérdidas que devengan de éstas.

Por su parte, Rodríguez Vacca (2005) planteó la existencia de diferentes tipos de personas que practican el juego, realizando la siguiente clasificación de jugadores: 1) **Jugador Social o Recreativo:** Este individuo realiza su conducta de apostar únicamente alternándola con otras actividades sociales. Este tipo de jugador rara vez lleva a cabo un juego individual y solitario, y la cantidad de dinero apostado no le causa desequilibrio económico; si esto sucede en algún momento, no es lo habitual. El tiempo que invierte en la actividad lúdica se mantiene estable, y hasta con cierta tendencia a decrecer. El juego se realiza como una actividad que se desarrolla paralelamente a la grata compañía de una persona o grupo (Cartwright y Zender, 1976). 2) **Jugador Profesional:** Lo característico del jugador profesional

es que la relación que establece con el juego no le genera dificultades. No pierde el control sobre su conducta, es calculador, reflexivo y analítico. Su meta es ganar, no la actividad misma de juego. Por lo tanto, no utiliza el juego como origen de placer, sino que organiza su tiempo y economía de acuerdo a los ingresos que esta actividad le prodigue. Suele alternar el juego profesional con otra actividad que puede ser saludable y funcional. En su vida personal, las relaciones de pareja suelen presentarse frías y distantes. 3) **Adicto al Juego:** Para estas personas, la actividad del juego es lo más importante y la relación que establecen con dicha conducta se encuentra fuera de su control. Lo primordial es la actividad misma, la emoción de alegría que (en un inicio) vivenció al descubrir su pasión por el juego y que se mantuvo estable en la euforia, se ha convertido ahora en un sentimiento de angustia cuando está alejado de dicha actividad (el juego). El sentimiento de disforia cuando no está jugando lo acompaña a todas partes y está presente en sus pensamientos la mayor parte del día. Se trata de sujetos generalmente inteligentes, o sumamente hábiles, enérgicos, competitivos, con aparente autoestima sobre-valorada. Para estas personas, perder es tan importante como ganar.

3.5. El Juego Problema

Resulta importante comprender, en principio, a qué nos referimos cuando hablamos de juego patológico para poder abordar y comprender el concepto de juego problema.

Hemos planteado que el juego problema se sitúa entre el Juego Social (que abarca más del 95% de la población) y el Juego Patológico que, según los estudios realizados por diversos especialistas, remite aproximadamente a un 1,5% de la población general, variando según referencias y localidades.

El juego problema, como nomenclatura, permite designar individuos que juegan con frecuencia y que, en relación con eso, han desarrollado algunos problemas que no son graves ni alcanzan a configurar un cuadro completo. Hablamos de una persona con una conducta de juego frecuente y un gasto de dinero que excede sus posibilidades.

El jugador problema tiene cierto control sobre su manera de jugar, aunque a veces la misma puede ocasionarle problemas económicos o sociales. Su rendimiento laboral y sus vínculos familiares empiezan a verse afectados ya que, si bien no los desatiende por completo, presta cada vez más atención y dedica más energía a todo lo vinculado al juego. El progresivo aumento de sus apuestas, que conllevan a una creciente dificultad para solventarlas, lo colocan en una posición de *alto riesgo* en cuanto a la posibilidad de pasar al siguiente estadio: el de juego patológico.

Este concepto de juego problema, ha sido desarrollado en nuestro país por Brizuela y Cía (2008), quienes mencionan ciertas características que son propias del jugador problema: 1) Ser criticado por otras personas por su manera de jugar; 2) Sentirse culpable por el modo en el que juega; 3) Dedicar más tiempo y/o dinero al juego que lo previsto; 4) Utilizar dinero de los gastos cotidianos familiares, pedir prestado o sacarlo de la tarjeta de crédito, a los fines de seguir jugando.

Dichos autores incluyen dos observaciones interesantes: por un lado, los jugadores problema casi nunca concurren o solicitan tratamiento por su situación y, por otro, esta categoría (la del juego problema) no está incluida en los Manuales de Clasificación de Enfermedades actualmente vigentes.

Cuando hablamos de juego problema, nos referimos entonces a lo que a veces se denomina “juego riesgoso” (en inglés, *at-risk gambling*), “juego en transición” o “juego desordenado”. Estos sujetos, según datos estadísticos, duplican o triplican a los que podrían considerarse jugadores patológicos, ya que representan entre un 3 y un 4,5 % de la población general (Dubuc et al., 2010).

3.6. Niveles de Juego en la Población

La Salud Pública divide la incidencia del juego en diferentes niveles para una población determinada. Los sistemas de clasificación permiten dividir un continuum de severidad de la enfermedad en diferentes sectores, que sirven para ordenar a la población, al tratamiento y a los esfuerzos públicos destinados a los subgrupos de población que presentan diferentes niveles de riesgo para desarrollar problemas de juego (Brizuela y Cía, 2008).

La nomenclatura establecida por el National Research Council (1999), y Shaffer, Hall y Vender Bilt (1996) proponen categorías numéricas que, por un lado, describen al juego como ocurriendo a lo largo de un continuum, con diversos niveles acordes al grado de compromiso y a los problemas relacionados y, por otro, tienen el beneficio agregado de reducir el estigma asociado a un lenguaje considerado por muchos como desvalorizante o peyorativo. Este sistema ofrece la ventaja de no adjudicar rótulos a las personas que padecen problemas con su modo de jugar, lo que implica una considerable ventaja.

Estos investigadores del juego proponen niveles que van del 0 al 4 para describir la prevalencia del juego en una muestra poblacional. Dichos niveles son:

Nivel 0: representa la gente que NO juega, es decir, aquellos individuos que no han jugado nunca. Se los denomina jugadores del nivel 0 de por vida o bien no jugadores. Existe una categoría denominada jugadores del nivel 0 durante el último año, que es un término que se emplea para clasificar a personas que no han apostado o jugado a lo largo del último año a la fecha.

Nivel 1: son aquellas personas que juegan de manera recreativa, sin sufrir consecuencias adversas (Juego Saludable, Social o Recreativo), e incluye a una amplia mayoría de la población. Dado que este nivel incluye una cantidad muy numerosa de personas, la frecuencia y tipos de juego que comprende varía también ampliamente. Algunos jugadores apuestan solamente unos pocos pesos por año y lo hacen en forma esporádica, mientras otros pueden apostar diariamente, por ejemplo, al comprar un billete de lotería o quiniela por día. Otros, le dedican más tiempo y dinero al juego, como por ejemplo los que concurren al casino una o dos veces por mes y apuestan una cantidad de dinero acorde a sus ingresos o recursos, disfrutando cada sesión. En la medida en que no surjan problemas relacionados al

juego, los individuos que juegan de las formas descritas pueden ser clasificados como jugadores del Nivel 1.

Nivel 2: se asocia a una clase con un amplio rango de consecuencias negativas derivadas del juego es un primer rango del Juego Inmoderado. Este tipo de juego es también denominado juego problema, juego riesgoso, juego en transición, entre otros, siendo la nomenclatura más controversial. Las manifestaciones clínicas del Nivel 2 de juego varían ampliamente, dado que no existe un consenso internacional al respecto. Los problemas experimentados por los sujetos que se encuentran en este nivel pueden incluir: ser criticado/a por otras personas por su juego; sentirse culpable acerca del modo en que juega; dedicar más tiempo y dinero al juego del que se pretendía; extraer dinero de los gastos cotidianos familiares, pedir dinero prestado a otros miembros de la familia o allegados para financiar el juego, entre otros. Algunos jugadores del Nivel 2 pudieron haber acumulado deudas por el juego. También pueden haber jugado de una manera más patológica (Nivel 3) en otros momentos de sus vidas, y otros pueden haber pasado años o décadas jugando de modo recreativo antes de desarrollar un juego problemático. El factor común en los jugadores de este nivel es que casi nunca concurren o solicitan tratamiento por su problema. A diferencia de los Trastornos por Abuso de Sustancias, en el cual existe un síndrome de dependencia por debajo del umbral clínico, conocido como “abuso” (e incluido como categoría diagnóstica), el Nivel 2 de juego no está incorporado en las clasificaciones de enfermedades actualmente vigentes (DSM – CIE 10). La omisión de esta condición de juego por debajo del umbral de enfermedad, tiene una importancia significativa para el atraso de su diagnóstico y tratamiento, dado que esta condición no se encuentra nombrada para el tratamiento respectivo. Este aspecto también ha detenido la investigación respecto de cuáles son sus síntomas y manifestaciones clínicas. Por ello, tal como lo plantean los Brizuela y Cía (2008), “es altamente probable que en un futuro cercano se amplíen los criterios para facilitar la detección precoz de todos los jugadores inmoderados” (que incluyen los Niveles 2 y 3), y necesitan ser tratados lo antes posible para prevenir futuros daños a su salud y a la de quienes los rodean.

Nivel 3: es el grado más avanzado del Juego Inmoderado e incluye a personas que tienen consecuencias adversas que son lo suficientemente importantes para reunir los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Los términos *Juego Inmoderado* o *Juego Desordenado*, así como el tan difundido de *Juego Compulsivo*, también pueden ser utilizados indistintamente para describir los Niveles 2 o 3 de Juego (Juego Problema y Juego Patológico, respectivamente). Los jugadores del Nivel 3 padecen muchos problemas significativos asociados al juego, los cuales interfieren en su funcionamiento cotidiano y suelen ser atribuidos a otros problemas u ocultados por varios años.

Nivel 4: corresponde a los jugadores que buscan ayuda por sus problemas de juego, sin importar el grado de estrés o afectación que estén padeciendo. Este nivel no sólo incluye a aquellos individuos del nivel 3 que buscan tratamiento, sino a un amplio rango de personas que no pueden hacerlo y están preocupadas por su problema de juego.

Por otra parte, resulta importante señalar que el concepto de *niveles de juego* es dinámico, por lo tanto, los jugadores del Nivel 2 pueden transformarse en jugadores del Nivel 3, al incrementar la frecuencia y/o intensidad del juego, con cambios desfavorables en la familia, amigos o situación laboral. Algunos datos obtenidos de jugadores del Nivel 3 que buscan asistencia (Petry y Oncken, 2002) indican que mantuvieron un juego regular y recreativo cerca de siete años antes de que se transformara en Juego Problema y, este último, continuó por tres a siete años más antes de buscar tratamiento. También el Nivel 2 de juego puede permanecer como tal, sin agravarse ni llegar a reunir los criterios del Nivel 3. Asimismo, en algunos jugadores, el Nivel 2 puede disminuir a Nivel 1 o Nivel 0, luego de recibir tratamiento.

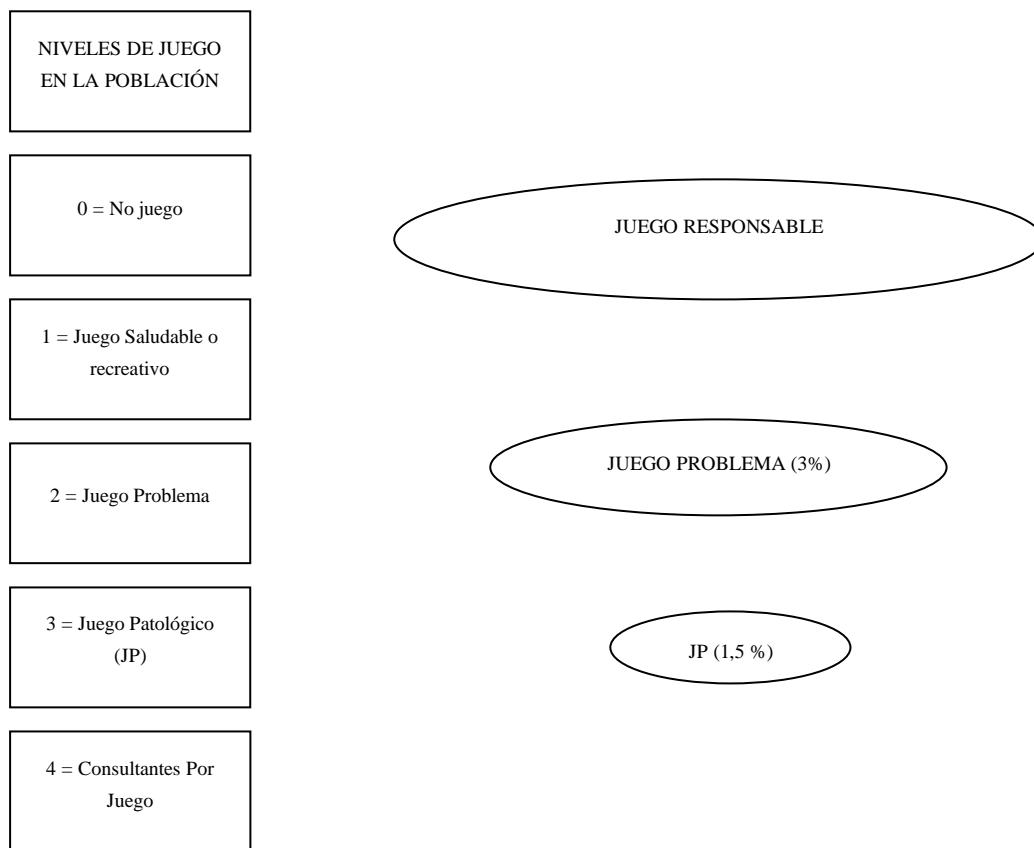


Figura 1. Niveles de Juego en la población. Fuente: Adaptado de Manual de juego responsable. Para los empleados de la industria latinoamericana del juego (p. 38), por J. Brizuela y A. Cía, 2008, Conjugar.

3.7. Datos epidemiológicos en el estudio de la ludopatía

Los estudios epidemiológicos respecto del juego patológico indican que del 0,5% al 2,5% de la población adulta, sufre serios problemas debido a este trastorno, reuniendo los requisitos diagnósticos para la enfermedad (Jugadores Patológicos), mientras que del 3% al 4% padece diversos problemas con su manera de jugar,

constituyéndose en jugadores problema, es decir, aquellos sujetos que tienen la mayor probabilidad de tener problemas de juego compulsivo (Brizuela y Cía, 2008).

Al compilar todos los estudios que reunían los requerimientos mínimos de rigor metodológico y recolección de los datos necesarios, Shaffer et al. (1996), comprobaron que el 94,7% de la población había jugado (Nivel 1), el 3,85% eran jugadores del Nivel 2, y el 1,6% eran del Nivel 3 (jugadores patológicos). Por consiguiente, sumando la tasa combinada de los niveles 2 y 3 de juego, se obtuvo un 5,4%, o sea que 1 de cada 20 individuos tenía algún grado de problema de juego a lo largo de la vida.

Otro estudio del *Nacional Opinion Research Center* encontró tasas más bajas de Niveles 2 y 3 de juego a lo largo de la vida, de aproximadamente 2,1% (Gerstein, Murphy, Toce, Hoffman y Palmer, 1999).

A nivel internacional, España e Italia son los países de Europa que más problemas tienen en relación con la ludopatía y, por ende, los más abocados a su investigación y prevención.

En enero del 2004, se calculaba que en España más de 500.000 personas sufrían serios problemas con el juego, y casi 800.000 presentaban algunos de los síntomas característicos de los ludópatas, según un artículo publicado en la revista "Consumers" de dicho país.

Barroso Benítez (2003), afirma que desde que se legalizó el juego en España, comenzó su expansión. Tanto Becoña Iglesias y Cortes Tomás (2011) como Petry (2003) comparten este criterio de que la existencia de mayor número de lugares donde jugar (casinos, máquinas tragamonedas, loterías, carreras), y las crecientes oportunidades para utilizar la oferta del juego, impacta en una mayor incidencia del juego patológico.

Estudios llevados a cabo en EE. UU. (Lesieur, 1988) han revelado un incremento de la patología del juego en simultáneo al crecimiento del número de apuestas en el juego legalizado. Esto se detalla como una afección a la población en general, independientemente del género, raza, cultura y nivel socioeconómico (Rusell y Leffan, 1993).

También se registra en numerosos trabajos una preocupación creciente por el impacto de este trastorno en poblaciones diferenciadas como son los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores (Fisher, 1993; Lesieur y Klein, 1987; Volverg, 1994), insistiéndose en la necesidad de programas educativos y preventivos que los alcancen.

Becoña Iglesias, Míguez Varela y Vázquez González (2001) estudiaron la prevalencia del juego problema en una muestra representativa de 2.790 estudiantes de enseñanza secundaria de Galicia (14-21 años), empleando el cuestionario SOGS-RA. Se encontró que el 86,1% no tenía problemas de juego, un 8,2% eran jugadores

en riesgo, y un 5,6% eran jugadores problema, de los cuales el 10,4% eran hombres y el 1,6% mujeres. También hallaron que hay una disminución del juego problema con la edad (6% de 14-17 años y 4,6% de 18-21 años). Estos datos indican la alta prevalencia de este problema, como asimismo la necesidad de conocerlo más profundamente y de implementar programas de prevención para reducir el elevado número de jugadores en riesgo.

En Noruega, los estudios realizados por Hansen y Rossow (2008) con el mismo fin, mostraron que cerca del 3% de los jóvenes se ajustan a los criterios de jugadores patológicos y casi el 6% reúne las características del jugador problema.

Shaffer et al. (1996) en Estados Unidos, observaron que, en relación con el juego, el 8,4% de los adolescentes experimentan “problemas moderados” y que más del 3% sufren *problemas graves* a lo largo de su vida.

Siguiendo esta línea, se ha observado que las tasas de Juego Inmoderado en diversos países son más elevadas en adultos y adolescentes que en el resto de la población (Petry, 2003). Ladouceur y Mireault (1988), en Canadá, refirió una alta tasa de juego patológico en menores de 30 años (41,6% de los jugadores Patológicos y Jugadores Problema estaban comprendidos en el rango de los 18 a 30 años).

Otros estudios (Shaffer et al., 1996) identificaron una alta incidencia de Juego Problema y Juego patológico en adolescentes (9,5% y 3,9% a lo largo de la vida, respectivamente), y en estudiantes universitarios (9,7% y 4,7%, respectivamente), que duplica o triplica a las cifras obtenidas en adultos mayores. Dicho incremento se ha acentuado últimamente, por la posibilidad de practicar el juego *on-line*, y a través de la telefonía celular.

Por otra parte, diversos estudios comenzaron a detectar un incremento porcentual de la incidencia del juego patológico en personas de la tercera edad, lo que es favorecido por una mayor disposición del tiempo libre, además de la ilusoria posibilidad de cambiar bruscamente una situación económica adversa.

Otras investigaciones han vinculado la edad de inicio de la práctica del juego con la aparición posterior de problemas en el modo de jugar. En general, demuestran que cuanto más temprano se comienza a jugar, mayor es la posibilidad de caer en el juego inmoderado (Brizuela y Cía, 2008).

Sin embargo, la edad promedio de los consultantes por problemas de juego es mucho más tardía y se ubica alrededor de los 45 años (Petry y Oncken, 2002; Stinchfield, 2001), lo cual nos habla de una importante demora en la toma de conciencia del problema y la consecuente necesidad de pedir ayuda.

En cuanto al sexo, en términos generales, el número de pacientes hombres que tradicionalmente acudían a la consulta clínica por problemas de juego patológico, superaba ampliamente a las mujeres, sin embargo, los datos

epidemiológicos demuestran que la desproporción entre hombres y mujeres no es tan amplia como se suponía, e indican una proporción de dos hombres por cada mujer que padecen y consultan por esta problemática (Volverg y Steadman, 1988). Estudios epidemiológicos realizados en España confirman estos resultados (Becoña Iglesias, 1996).

Nuestro país, en la actualidad, aún no cuenta con datos epidemiológicos poblacionales sobre el juego patológico. Sin embargo, a partir del año 1999, comenzaron a abrirse innumerables casinos y salas de juegos de azar, tanto en la capital federal como en el interior y, desde ese momento, se considera que creció significativamente el número de personas afectadas por el juego compulsivo (Calero, 2005).

En el año 2005, el servicio de asistencia al jugador patológico del Hospital Álvarez (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) llevó a cabo un relevamiento estadístico (Calero, 2005), a partir de un estudio retrospectivo observacional, tomándose las últimas 200 Historias Clínicas de pacientes ludópatas que realizaron tratamiento desde marzo de 2004 hasta marzo de 2005. Entre los resultados más significativos, se halló que el 75% de los pacientes en rehabilitación fueron hombres mientras que el 25% mujeres. El 80% de los pacientes, tanto hombres como mujeres, tenían entre 40-65 años; el 20% restante se situaba entre los 20 y 40 años. El nivel socioeconómico al que pertenecían los pacientes, de ambos sexos, era de clase media, no hallándose correlación entre dicha variable y el juego patológico. Con respecto al nivel educativo, el 90% de la muestra, había terminado el nivel secundario, y el 50% de ellos presentaba estudios terciarios o universitarios completos. En los hombres, la edad de inicio al juego oscilaba entre los 15 y 20 años, y en las mujeres más tardíamente (entre los 30 y 40 años).

Resultados similares se hallaron en un estudio realizado por la presente autora en la ciudad de San Luis durante el año 2009 (Pérez, 2009b), según datos estadísticos extraídos de entrevistas de admisión realizadas durante el período de un año, a personas que concurrieron voluntariamente a la Fundación de Acción Social, para comenzar tratamiento por problemas asociados al juego compulsivo. El sexo predominante de los consultantes fue masculino (edad promedio = 44 años). En cuanto a las edades de inicio en el juego, se hallaron diferencias de sexo significativas, ya que, en los hombres, la misma osciló entre 14 y 20 años, mientras que, en las mujeres, se situó entre los 30 y 40 años (Pérez, 2009b).

3.8. Fases de la Adicción al Juego

Custer (1984) desarrolla tres fases en la evolución hacia un juego patológico: 1) Fase de Ganancia; 2) Fase de Pérdida, y 3) Fase de Desesperación. Las mismas fueron ampliadas por Rosenthal y Lesieur (1990), quienes agregaron una cuarta fase denominada *Fase de Desesperanza o Agotamiento*.

Por lo tanto, existirían cuatro fases de progresiva implicación en el juego, las cuales se describen a continuación:

- 1) *Fase de Ganancia*: al principio, el jugador atraviesa un período de suerte donde se producen episodios frecuentes de ganancias. Estos conducen a una mayor excitación por el juego, con lo que empieza a apostar con más frecuencia, creyéndose además que es un jugador excepcional. La mayoría de los jugadores sociales⁴ no van más allá de esta fase, que puede continuar unos pocos meses o varios años.
- 2) *Fase de Pérdida*: la ocurrencia de una gran ganancia significa el final de la primera fase y el inicio de la segunda. En este punto, se establece una actitud excesivamente optimista en el jugador (que es característica en el jugador patológico), y que le conduce a aumentar significativamente la cantidad de dinero que apuesta. La conducta de juego pierde su contexto social y el jugador comienza ahora a jugar solo.

Debido a este aumento en la cantidad de dinero apostado, se van a producir importantes pérdidas, difíciles de tolerar, y es entonces cuando el jugador empieza a jugar con el propósito, ya no de ganar, sino de recuperar lo perdido. Jugar con el propósito de recuperar es un patrón de conducta que los propios jugadores han calificado como el “pecado capital” del juego. El jugador en esta etapa busca nuevas fuentes de las que obtener dinero para jugar (una de esas fuentes son los préstamos).

A medida que aumenta la preocupación por el juego, se van deteriorando las relaciones familiares y laborales. El jugador comienza a mentir (para ocultar su problema en la familia, el trabajo y el entorno social), a disminuir su productividad laboral y a perder horas de trabajo destinadas al juego.

- 3) *Fase de Desesperación*: en esta etapa, es probable que se produzcan varios momentos, desgastándose en cada uno de ellos el interés genuino que, en un principio, demuestran los familiares por el problema del jugador, hasta que éste se quedará alienado en su propia familia, que le ha prestado dinero y no ha sido devuelto.

Las características principales de esta fase son: la intensidad consumidora que el juego alcanza y el aparente desentendimiento por parte de los familiares, amigos o compañeros de trabajo. La falsificación de cheques es la vía comúnmente utilizada por los jugadores patológicos para conseguir dinero y seguir jugando. Emerge un estado de pánico a causa de la concienciación de varios factores (Custer y Custer, 1978): a) una gran deuda; b) un deseo de devolver el dinero rápidamente, c) el sufrimiento que produce la alienación de la familia y amigos; d) el desarrollo

⁴ Jugadores sociales: son aquellos sujetos que juegan esporádicamente y tienen control sobre su conducta de juego.

de una reputación negativa en la comunidad; e) un deseo nostálgico de recuperar las agradables sensaciones de aquellos primeros días de ganancias.

En esta etapa, pocos jugadores son capaces de continuar con su empleo o negocios. Su nerviosismo, irritabilidad e hipersensibilidad se incrementan hasta el punto de afectar conductas como el sueño y la alimentación. Todavía se producen algunas ganancias ocasionales, que conducen a un juego más intenso y a mayores pérdidas. Al final de esta fase, la situación del jugador es verdaderamente desoladora.

Fase de Desesperanza o Agotamiento: en esta última etapa, el jugador ya sabe que va a perder, pero este pensamiento no le impide seguir jugando. El optimismo se desvanece por completo y aparece la angustia y depresión. La persona es consciente de que ya no va a ganar dinero con el juego, pero su patología impulsivo-compulsiva la conduce a seguir jugando. En esta fase, la conducta es irrefrenable, es decir, el sujeto ha perdido su capacidad de ejercer control voluntario sobre su conducta de juego.

3.9. Criterios diagnósticos para el juego patológico

La consideración de cuándo se padece un problema de juego patológico se basa en una serie de criterios diagnósticos, que han evolucionado con el tiempo, comenzando con los del DSM-III (APA, 1980) para el juego patológico. Este problema se sitúa en el apartado de Trastornos del Control de Impulsos no clasificados en otros apartados, junto con la cleptomanía, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía, y la tricotilomanía.

La sintomatología esencial de este tipo de trastornos, según el DSM-III-R (APA, 1988), consiste en:

a) Fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o los demás, pudiendo existir o no, resistencia consciente a materializar dicho impulso. Puede existir o no una planificación para llevar a cabo dichos actos.

b) Sensación creciente de tensión o activación antes de llevar a cabo dicho acto.

c) Experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de realizar estos actos. Esta acción es egosintónica, en cuanto es consonante con el deseo consciente inmediato del individuo. Después del acto, puede haber o no sentimientos sinceros de pena, autorreproche o culpa.

Según dicho manual, el trastorno comienza en la adolescencia en los hombres y más tarde en las mujeres, pasando por diversas oscilaciones, pero con tendencia a convertirse en un problema crónico, es decir, considera que el problema tiene un comienzo, seguido de períodos de remisión y agudización durante el resto de la vida adulta. También señala que la preocupación, la necesidad y la conducta

de juego aumentan durante los períodos de estrés, y que los problemas que surgen como resultado del juego tienden a una intensificación de dicha conducta.

Echeburúa y Báez (1990) señalan que, según este manual diagnóstico, los criterios para el abuso de sustancias y para el juego patológico son básicamente los mismos si se sustituye el juego por la sustancia adictiva, con un énfasis especial en la pérdida de control.

Con la aparición del DSM-IV (APA, 1994), se añade un aspecto en los criterios diagnósticos para este problema que tiene una gran importancia: se comienza a dar relevancia, tanto a las consecuencias del juego, como a los factores desencadenantes del mismo, sugiriéndose la necesidad de tratamientos sintomáticos y no sintomáticos de este problema.

Por lo tanto, en la nueva edición del manual, se añade un criterio a los de su versión anterior, y se habla de un nuevo síntoma: "el juego se utiliza como estrategia para escapar de problemas, o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico" (APA, 1994, p. 632).

Los criterios diagnósticos del DSM-IV para esta patología son:

A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems: 1) Preocupación por el juego (por ejemplo, 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 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; 7) Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego; 8) Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego; 9) Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo, oportunidades educativas o profesionales debido al juego; 10) Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación causada por el juego.

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

El DSM-IV (APA, 1994) también plantea que debe distinguirse el juego patológico del juego social y del juego profesional. El juego social tiene lugar entre amigos o compañeros y su duración es limitada, con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. En el juego profesional los riesgos son limitados y la disciplina central. Algunos individuos presentan problemas asociados al juego (p.

ej., intento de recuperación de pérdidas y pérdida de control) que no cumplen todos los criterios para el juego patológico.

La nueva edición del DSM, el DSM-V (APA, 2013), ubica al Juego Patológico (Gambling Disorder) en el apartado *Trastornos Adictivos*, lo cual constituye un avance fundamental a la hora de entender a ésta como una Adicción Sin Sustancia que, no obstante, ello, comparte mecanismos y características comunes con las dependencias químicas, más allá del objeto de adicción. Asimismo, el citado Manual plantea la necesidad de indicar especificidades en cuanto al trastorno, es decir, si es episódico (con periodos en los cuales los síntomas se remiten por un par de meses), o persistente (de una duración de varios años); si el cuadro se encuentra en remisión parcial (entre 3 y 12 meses sin síntomas) o total (más de 12 meses sin síntomas); y la gravedad del trastorno: si es leve (si cumple entre cuatro y cinco criterios diagnósticos), moderado (entre seis y siete criterios diagnósticos), o grave (si cumple entre ocho y nueve criterios diagnósticos).

Las investigaciones para el desarrollo del DSM-V (APA, 2013) arrojaron nuevos porcentajes en cuanto a la prevalencia de la ludopatía a nivel global, los cuales oscilan entre el 0,3% y el 2%, lo cual refleja una disminución de dicho índice, en comparación con la información arrojada por el DSM-IV (APA, 1994) en donde los estudios estimaban una prevalencia global del 0,4 al 3,4%.

La OMS coincide prácticamente en su totalidad en lo referido a esta categoría, ya que, en su Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10), los criterios para el diagnóstico de la ludopatía son los siguientes (OMS, 1992): 1) Tres o más episodios de juego sobre un período de al menos un año; 2) Continuación de estos episodios a pesar del malestar emocional personal y la interferencia con el funcionamiento personal en la vida diaria; 3) Incapacidad para controlar las urgencias a jugar, combinado con una incapacidad de parar; 4) Preocupación mental con el juego o las circunstancias que lo rodean.

La CIE 10 menciona, además, tres criterios para realizar un diagnóstico diferencial: 1) Un juego social habitual; 2) Un juego excesivo en enfermos maníacos; 3) El juego en el trastorno disocial de la personalidad.

Comparativamente, los criterios diagnósticos de la CIE-10 para el juego patológico revisten carácter monotético (es decir, se requiere el cumplimiento de A más B más C más D), mientras que los criterios diagnósticos del DSM-IV son de tipo politético (ya que se requieren al menos cinco síntomas de una lista de diez en total). Además, los criterios diagnósticos de la CIE-10 exigen el antecedente de *dos o más episodios de juego durante un periodo de al menos un año* (OMS, 1992).

3.10. Mecanismos cognitivos típicos de la adicción al juego

Rodríguez Vacca (2005) plantea que existe un conjunto de mecanismos psicológicos que generalmente ponen en actividad los adictos al juego para reducir la incongruencia entre lo que les está sucediendo y lo que ellos no aceptan. Tales

mecanismos son: 1) *Negación sistemática*: son argumentos por los cuales el adicto niega que la conducta del juego está escapando a su control. Es típica la conducta de estar a la defensiva, ser reactivo cuando terceras personas lo confrontan con dicha conducta o con el descontrol que está viviendo. 2) *Minimización*: mecanismo mediante el cual el sujeto adicto minimiza la importancia de su conducta y las consecuencias que la misma acarrea. 3) *Distorsión del enfoque*: es el mecanismo psicológico mediante el cual el sujeto modifica la visión o significado de su conducta adictiva. Para el adicto a las máquinas tragamonedas, la actividad adictiva se convierte en su trabajo, un pasatiempo, bajo la justificación de que el jugar le está proporcionando un ingreso económico, lo cual la mayoría de las veces es una afirmación falsa, dado que la inversión en el juego es mayor que el ingreso. 4) *Autoengaño*: mecanismo psicológico por el cual el adicto al juego se autoverbaliza argumentos que favorecen o refuerzan su conducta adictiva, pero se presentan con una mayor elaboración permitiendo así una mejor reducción de la disonancia cognitivo/afectiva.

3.11. La mentira en los adictos: Deseabilidad Social y Juego Patológico

Para Milán (2015), la mentira ocupa un terreno común con el mito, el rito, las supersticiones, las leyendas, la magia y, a su vez, todas estas formaciones comparten con la adicción cierta apelación hacia lo misterioso.

En la Psiquiatría clásica, se estudia la mentira en términos de alteración de las facultades del juicio y de la crítica. Además de la fabulación y la mitomanía (que son formas más representativas de la mentira), hay otros casos en que la mentira obedece a ciertas disposiciones mentales que pueden también compartirse con la adicción.

En el engaño, se da a la mentira una apariencia de verdad, o bien se induce a alguien a tener por cierto lo que no lo es, valiéndose de palabras o de obras aparentes o fingidas. En los pacientes adictos, la mentira cumple no sólo la función de ocultar la verdad, sino también la de presentar una impresión favorable ante los otros, de quienes necesitan seguridad y protección, y asimismo previene y evita la vergüenza y la crítica o valoración negativa de los demás.

Lo antes planteado, permite hipotetizar que existe algún tipo de relación entre la conocida tendencia a la Deseabilidad Social (DS) y los comportamientos adictivos.

La DS fue descrita por Edwards en 1957, y ha sido largamente debatida en el seno de la psicometría. Se define como la “tendencia psicológica a auto-atribuirse cualidades de personalidad socialmente deseables y rechazar aquellas socialmente indeseables” (Holden, 1994, p. 429), y varía según las características individuales y contextuales.

El interés por su estudio inició alrededor de 1930 con los trabajos de Bernreuter (1933), alcanzando su máximo apogeo entre los años 1955 y 1965, y volviendo a resurgir a principios de los años 1990.

El punto de partida del constructo es el supuesto de que algunas de las alternativas de respuesta en ciertos reactivos de personalidad son socialmente más convenientes o deseables que otras. La teoría inicial planteó que ciertos sujetos podían dar, voluntariamente, una imagen distorsionada de sí mismos, respondiendo siempre a las alternativas que socialmente éstos perciben como más deseables. Lógicamente, se planteó también que esta tendencia a *disimular* o a *quedar bien* se acentuaría cuando la motivación para hacerlo fuese alta (Michaelis y Eysenck, 1971).

Como consecuencia, el esfuerzo de algunos constructores de test se encaminó a desarrollar escalas de DS (o de *mentira*), que permitiesen detectar a los sujetos que distorsionaban sus respuestas.

Debido a los resultados hallados, la DS dejó de verse tan sólo como una tendencia a dar respuestas voluntariamente distorsionadas, para considerarse un rasgo relativamente estable y consistente de personalidad. Dicho rasgo ha recibido diferentes denominaciones: Marlowe y Crowne (1964) lo denominan *Necesidad de Aprobación Social* y, en términos de Furnham (1986), se trata de un *Conformismo Social*. Crowne (1979) redefinió el concepto como *evitar la desaprobación*; no obstante, el contenido que subyace a las diferentes denominaciones es esencialmente el mismo.

El instrumento más popular que se utiliza para medir esta tendencia es la *Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne*, la cual, tal como afirman Marlowe y Crowne (1964) resultaría útil para predecir rasgos psicopatológicos.

En base a lo planteado, cabe mencionar que es frecuente la caracterización del paciente adicto como un gran *mentiroso*, ya que así lo refieren los familiares al destacar la habilidad que ellos demuestran para falsificar la verdad y expresar con palabras o con hechos algo contrario a lo que se sabe, se cree o se piensa. Al respecto, Milán (2015) afirma que, entre los pacientes adictos, los **jugadores de azar** serían los más refinados en esta práctica de dar vuelta la verdad y mostrar su distorsión.

Por lo tanto, podría inferirse que una característica sobresaliente de los adictos al juego es su tendencia a realizar distorsiones cognitivas conducentes al autoengaño (como asimismo el engaño a los demás), con lo cual *aseguran* su posibilidad (en realidad, *su deseo irrefrenable*) de continuar jugando (Pérez, 2009b).

Milán (2015) realiza una vasta teorización en torno a la mentira característica en los pacientes adictos, afirmando que, en su propósito de dar a su

propia existencia el sentido perdido, el engaño es poderoso, y postula que con la mentira se encuentra un sostén y puede crearse un mundo falso, diferente al del pasado y, por lo tanto, contra la indefensión que produce la verdad, se erige la defensa en la mentira.

La citada autora, refiere que también se miente para soportar el peso de la verdad de la propia vida y para justificarla cuando se tambalea ante el terror, las contradicciones, las perplejidades. Por lo tanto, no tolerar la incertidumbre alimenta la producción de las mentiras para silenciar las dudas y las preguntas. Se sigue el propósito de acallar la indagación para manejar el fracaso de la ilusión de saberlo todo y negar el conflicto entre el deseo de infinito y la conciencia de la mortalidad (Milán, 2015)

4. Prevención

“La prevención ya no se concibe como una actividad linealmente orientada a la búsqueda de un efecto (reducción del uso de drogas), sino como un replanteo global desde el cual el conjunto social encara la comprensión y resolución de sus problemas”

(Graciela Touzé, 1992, p. 121)

4.1. Introducción

En la actualidad, desde el campo de la Salud Mental, se identifican nuevas patologías muy ligadas a la calidad de vida y a las contingencias sociales, tales como la violencia, el consumo problemático de sustancias, las adicciones comportamentales o no tóxicas, entre las que figura preponderantemente el juego patológico, todas en franco despliegue en el seno familiar y de la comunidad ampliada.

En nuestra cultura, el comportamiento de juego compulsivo continúa siendo, muchas veces, considerado como un *vicio* o un problema de índole privada. Sin embargo, las consecuencias que ocasiona afectan áreas más extensas que las personales. En el último tiempo, se ha observado un giro en esta manera de pensar tan *puertas adentro* (Dubuc et al., 2010), y se ha comenzado a posicionar este problema en el orden de los temas de la Salud Pública.

Desde esta perspectiva, resulta de significativo valor la estimación de la prevalencia del juego problemático en nuestra población, como asimismo la consecuente necesidad de realizar intervenciones desde una lógica preventiva, en su expresión más amplia. Ello implica anticiparse al problema y tratar de evitarlo, interviniendo fundamentalmente sobre los factores de riesgo y la vulnerabilidad, y/o prevenir daños mayores a través de herramientas terapéuticas y de rehabilitación oportunas y eficaces, facilitando la mayor accesibilidad a los servicios de salud a los ciudadanos y a sus pequeños grupos (Dubuc et al., 2010)

Para algunos especialistas, *prevenir* es sinónimo de *alertar*, para otros, remite a la idea de levantar defensas ante un peligro que acecha. Algunas definiciones nos ubican en una posición casi bélica: *la lucha en contra de*.

Sin embargo, las corrientes actuales conciben la prevención desde una perspectiva opuesta a la clausura que implican dichas posturas. No se trata de reforzar el encierro, el aislamiento de los supuestos *contaminados*; no se pretende infundir temor.

Más bien, hablar de *prevención* suele asimilarse a *predicción*, es decir, a la posibilidad de saber lo que va a suceder en el futuro e intentar evitarlo. Esta caracterización requiere una lectura abarcativa del problema, que explique de manera estructural, y no unicausal, su producción. Se basa en una concepción dinámica de salud como *resolución de conflictos*, en lugar de la noción estática (e inalcanzable) de *completo bienestar* (Touzé, 2010).

4.2. La prevención desde un Modelo Multidimensional

Existen diversas conceptualizaciones sobre la *prevención*, que varían en función del modelo teórico e ideológico que subyace a las mismas. Para referirse a ello, la especialista Graciela Touzé (2010) realiza un exhaustivo análisis de los distintos modelos teóricos que han prevalecido (y aún prevalecen) en el imaginario social, de los que se desprenden una gran diversidad de metodologías de abordaje en materia preventiva.

En concreto, la autora describe cuatro modelos imperantes: 1) Ético-Jurídico, 2) Médico-Sanitario, 3) Psicosocial y 4) Sociocultural, cada uno de los cuales supone un interjuego de tres subsistemas: *sujeto*, *objeto* (droga, juego, etc.) y *contexto*, predominando (según el modelo que se trate) uno de ellos sobre los otros (ya sea el sujeto, el objeto o el contexto). Esto implica tener a mirada parcializada respecto de un fenómeno (las adicciones) mucho más complejo y multicausal.

Para resolver dicho obstáculo, la mencionada especialista propone un **Modelo Multidimensional**, el cual permite comprender, desde una perspectiva holística e integradora, el fenómeno de las adicciones, superando el reduccionismo imperante en los modelos anteriores (que aún continúan predominando en algunas conciencias sociales). Consideramos el consumo como un fenómeno complejo, por ello, vamos a definir el fenómeno *que ha de ser prevenido* desde un modelo de carácter multidimensional, dado que siempre se produce una interacción entre tres subsistemas: el *objeto*, los *procesos individuales* del sujeto que toma posición ante el objeto y la *organización social*, incluso los componentes políticos y culturales como marco en el que se produce la relación (Touzé, 2010).

Desde este nuevo modelo teórico, los *factores de riesgo* no se relacionan exclusivamente con una única variable, y no pueden entenderse de forma aislada, sino que deben ser considerados en interacción recíproca y dinámica. Del mismo modo, los factores de riesgo explican las condiciones en las cuales se puede producir el inicio de las patologías adictivas, pero no se puede considerar que esos factores sean su causa. Es decir, se habla en términos de *probabilidades* y no de *determinaciones*.

Los factores de riesgo pueden configurarse en torno a tres grandes ejes: 1) Relacionados con el entorno macrosocial; 2) Relativos al entorno más cercano (familia, grupo, escuela, trabajo); 3) Relacionados con las características individuales.

Asimismo, los *factores de protección*, también deben considerarse en interacción recíproca y dinámica, y no pueden ser pensados como *vacunas preventivas*, sino como elementos que pueden contribuir a reducir las probabilidades de aparición de los problemas. Los factores de protección se relacionan con el estudio previo de los factores de riesgo, y pueden trabajarse desde diferentes estrategias, por ejemplo, a través de la promoción de alternativas de ocio saludables o de la información precisa y adecuada respecto de los diferentes consumos, entre otras.

Por lo tanto, adhiriendo a la definición propuesta por Comas y Arza (2000), es posible afirmar que la prevención es el “conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los comportamientos adictivos” (p. 263).

En la misma línea de pensamiento, Touzé (2010) plantea que la prevención *abre camino para la verdadera transformación*, para lo cual es necesario vivir el cambio como crecimiento y no como amenaza. Por tal causa, la prevención se articula en una proyección histórica. No entiende los valores como incuestionables e inmutables, sino como una *construcción colectiva y perfectible*. No se trata del *deber ser* impuesto, sino del *sentido* hallado en el cuestionamiento de la libertad común.

Dicha autora postula a la prevención como **promoción**: de alternativas, de protagonismo, de fortalecimiento de redes sociales, ya que la trama social se fortalece o se debilita en una **acción conjunta**, no es una acción redentorista de unos hacia otros, sino una elaboración común, solidaria (Touzé, 2010). Cuando construimos un proyecto en común, todos los que participamos disfrutamos de sus logros y aprendemos de sus fracasos.

4.3. La Prevención Integral

La propuesta de *prevención integral*, si bien reconoce el valor de la información, se centra en la capacidad de reflexionar acerca de lo que nos pasa, en abrir espacios de escucha, en construir una red social con capacidad de recepción, contención y respuesta.

Implica la promoción de mejores condiciones de vida para los individuos y los grupos a los que pertenecen, es la apertura de espacios de participación política y social. El fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas para la promoción de valores que regulen la convivencia ciudadana.

Por lo tanto, la labor preventiva se podría enmarcar en los siguientes postulados (Marcos et al., 1992): a) La **construcción de proyectos significativos**: la posibilidad de apropiarnos de nuestro tiempo está dada en tanto éste tenga un sentido para nosotros. El sentido nos permite orientar nuestra vida, construir un proyecto que, en tanto significativo, nos aleja del sometimiento a la fatalidad de los hechos para eruirnos como sujetos que aprehendemos nuestro medio y nos apropiamos de los recursos necesarios para desenvolvemos activamente en el mundo. b) El **compromiso ético**: la posibilidad de construir nuestro proyecto está íntimamente ligada a la articulación de un proyecto común. Este proyecto que surge como elaboración en común, solidaria, nos compromete al protagonismo y a la participación para la comprensión y resolución de los problemas.

Dichas consideraciones, permiten introducir los conceptos de *prevención específica* e *inespecífica*, entendiendo a la primera como el conjunto de intervenciones centradas directa y explícitamente en una problemática particular, mientras que la segunda apunta al desarrollo de actitudes de cuidado y de condiciones globales más saludables. Lo específico y lo inespecífico constituyen dos dimensiones de un mismo quehacer: la prevención.

4.4. Niveles de Prevención

Existe amplio consenso científico al proponer tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, según cuáles sean los objetivos que se persigan.

Prevención primaria:

Este nivel evita la aparición de un proceso o problema o reduce su incidencia, con la intervención de agentes de salud que trabajan en la comunidad. Puede ser *específica*, si su acción está dirigida a evitar una enfermedad o un grupo de enfermedades en particular, como cuando se aplican inmunizaciones; o *inespecífica*, si se hace promoción de la salud en general, por ejemplo, a través de orientar a la población para el uso del tiempo libre o para el mejoramiento de la calidad de vida.

En el caso del consumo problemático de drogas en los jóvenes, se hace prevención primaria específica cuando se desarrollan programas centrados en brindar información sobre las drogas o en fortalecer actitudes que eviten el consumo, como el desarrollo de la capacidad para resistir la presión de los pares. Se trabaja en prevención primaria inespecífica cuando se organizan, por ejemplo, actividades deportivas o culturales continuadas que puedan motivar a los jóvenes suficientemente como para alejarlos del consumo de drogas como recurso frente al hastío o el aburrimiento. La propuesta de las tutorías escolares también puede considerarse una iniciativa de prevención inespecífica, dado que se las define como “una estrategia pedagógica orientada a hacer del vínculo con la escuela una experiencia rica en posibilidades de aprendizajes que contribuyan a la construcción de la ciudadanía, la vinculación con el mundo del trabajo, la continuidad de los estudios, la diversidad de proyectos de vida” (Ministerio de Educación de la Nación, 2009, p. 11).

Es decir que la prevención inespecífica se pone en práctica cuando se favorece la integración social a través de la participación responsable, la actitud crítica, el respeto por las diferencias, proponiendo actividades relacionadas con los deseos de los jóvenes, de modo de que tengan la oportunidad de encontrar espacios alternativos.

Desde la década del ‘80 la prevención específica en los temas que nos ocupan ha sido cuestionada. Hay autores que plantean que no se puede hacer prevención hablando de drogas, que es indispensable aumentar la autonomía intelectual en los jóvenes de modo que puedan discernir y elegir frente a la manipulación, la presión del grupo, la homologación de la masa; la prevención es algo que no se delega, la hace todos los días quien está en contacto con los jóvenes.

Prevención secundaria:

Se basa en el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado de los diversos trastornos de salud. Se lleva a cabo al realizar un diagnóstico que permite una temprana identificación del daño y un tratamiento precoz. Los diversos tratamientos psicológicos, las comunidades terapéuticas y los programas de reducción de daños para drogodependientes son ejemplos de este tipo

de prevención. En la escuela, los gabinetes psicopedagógicos pueden cumplir este rol cuando realizan derivaciones a tratamientos psicológicos en alumnos que están viviendo una conflictiva psicológica que amerita tal derivación.

Prevención terciaria:

Busca la rehabilitación y/o la reinserción social, una vez declarado el problema. La terapia física, ocupacional y psicológica tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser y sentirse útiles a sí mismos y a la sociedad. Los programas llamados de *reinserción social*, desarrollados en algunas comunidades terapéuticas para adictos como última fase del tratamiento, son un ejemplo de este tipo de prevención. La escuela también lleva a cabo actividades que pueden ubicarse en esta categoría, cuando se estimula a un alumno que está realizando un tratamiento por consumo de drogas para que se incorpore o que continúe en el establecimiento educativo.

Es importante entender que no todos los consumos de drogas deben pasar por esta etapa terciaria de prevención. En muchos casos en los cuales los consumos no son abusivos, no generaron dependencia o en los que las redes familiares y/o afectivas están consolidadas, no es necesaria la etapa de rehabilitación o de reinserción social. Recordemos que la mayoría de los consumos juveniles en nuestra sociedad son experimentales, por curiosidad o por presión de los pares, lo que estaría evidenciando que la escuela tiene mucho para hacer ya que en la prevención primaria y secundaria (es decir, las que le competen a la escuela) se encuentran la mayoría de los casos de consumo de drogas. En este sentido, es muy importante poder trabajar con los jóvenes en proyectos que busquen tematizar el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, promoviendo la reflexión al respecto. Debemos tener en cuenta que ni todos los tratamientos son iguales ni todas las personas que llevan a cabo consumos problemáticos de drogas necesitan las mismas respuestas. Tener la información sobre la existencia de diferentes tratamientos y establecer un buen diagnóstico de cuál es la respuesta que cada joven necesita, contribuye a evitar que éste tenga que transitar por diferentes dispositivos de tratamientos recayendo una y otra vez. Las recaídas en muchos casos se deben, más a la falta de adecuación del tratamiento, que a la falta de voluntad de una persona para dejar de consumir drogas.

A continuación, se describen algunas de las técnicas de intervención, diferenciadas según el nivel de prevención que se trate:

Técnicas de Prevención Primaria

Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico del curso natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interacción de los agentes y/o factores de riesgo en el sujeto den lugar a la producción de la enfermedad.

Dentro de las actividades de prevención primaria, distinguimos dos tipos: 1) Las de *protección de la salud*, que protegen la salud actuando sobre el medio ambiente. 2) Las de *promoción de la salud y prevención de la enfermedad*, que

actúan sobre las propias personas, promoviendo la salud y la prevención de la enfermedad.

Estas técnicas tienden a suprimir (o controlar) los factores desfavorables (factores de riesgo), antes de que se produzca la enfermedad y actúan de distintas maneras: 1) eliminan los factores ambientales de riesgo por medio del saneamiento del medio ambiente; 2) protegen al organismo frente a enfermedades y accidentes; 3) educan en la salud; 4) crean hábitos saludables.

Técnicas de Prevención Secundaria.

Abordan la *enfermedad en fase incipiente*, aún en fase **reversible**, por medio del diagnóstico precoz. Equivalen a la vigilancia de la salud, una de las actividades de la Medicina del Trabajo.

La prevención secundaria interviene cuando se inicia la enfermedad; en este caso, la única posibilidad preventiva es la interrupción o ralentización del progreso de la afección, mediante la detección y tratamiento precoz, con el objeto de facilitar la recuperación y evitar el paso a la cronificación y la aparición de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

En este sentido, el objetivo de la prevención secundaria es que el diagnóstico y tratamiento precoz mejoren el pronóstico y control de las enfermedades.

Técnicas de Prevención Terciaria

Equivale a las áreas asistenciales e interviene cuando se ha instaurado la patología. Por lo tanto, se trabaja sobre los efectos de las secuelas (consecuencias) de la enfermedad, cuando ésta ya se ha desarrollado.

Su objetivo es hacer más lento el curso de la enfermedad, atenuar las consecuencias existentes y mejorar las condiciones de vida personal, familiar, social y laboral.

Brizuela y Cía (2008) incluyen un cuarto nivel de prevención, denominado ***Prevención Cuaternaria***, en el que engloban aquellas intervenciones destinadas a la prevención de las recaídas. Dichos especialistas proponen además diferentes metodologías, que consideran adecuadas según el nivel de prevención desde el cual se intervenga (Figura 2):

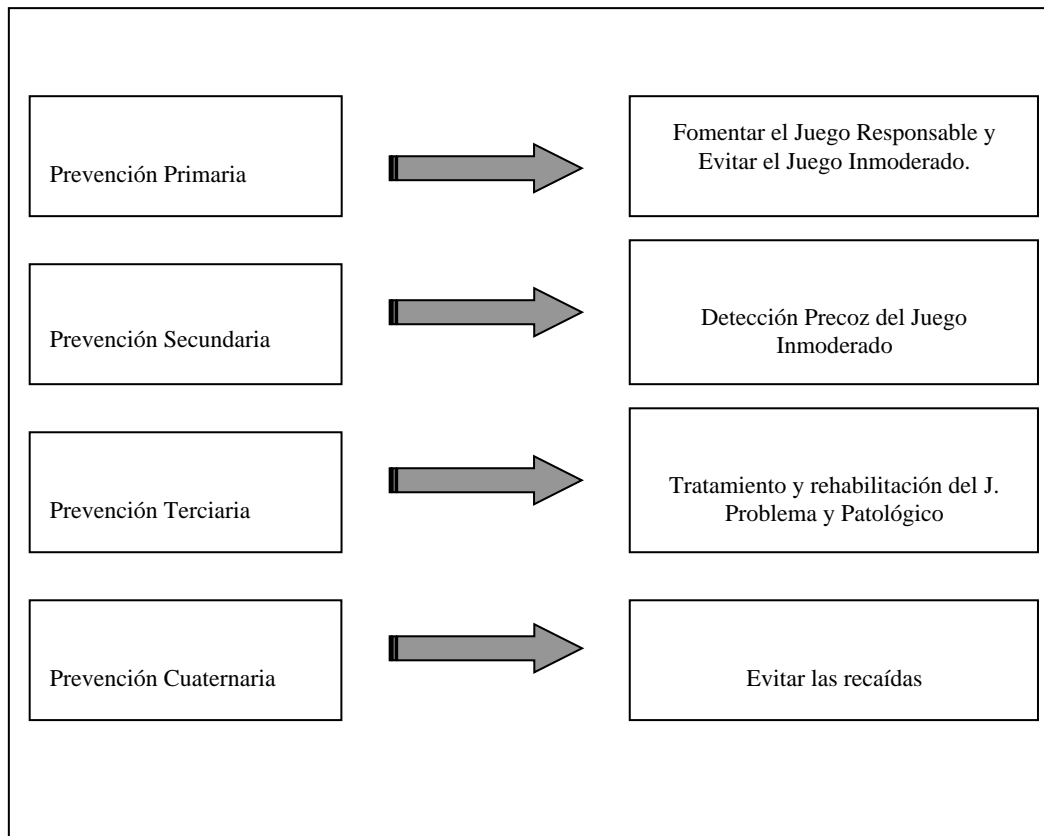


Figura 2. Estrategias preventivas según las diferentes fases del juego. Fuente: Adaptado de Manual de juego responsable. Para los empleados de la industria latinoamericana del juego (p. 42), por J. Brizuela y A. Cía, 2008, Conjuguar.

En congruencia, Shaffer (2003), propone el siguiente esquema de intervenciones en relación al Juego (Figura 3), posicionándose desde una perspectiva de la Salud Pública, y proponiendo diferentes modalidades preventivas que varían desde la prevención propiamente dicha hasta el tratamiento de la ludopatía, considerando los diferentes Niveles de Juego en la Población, desarrollados en el capítulo 2.

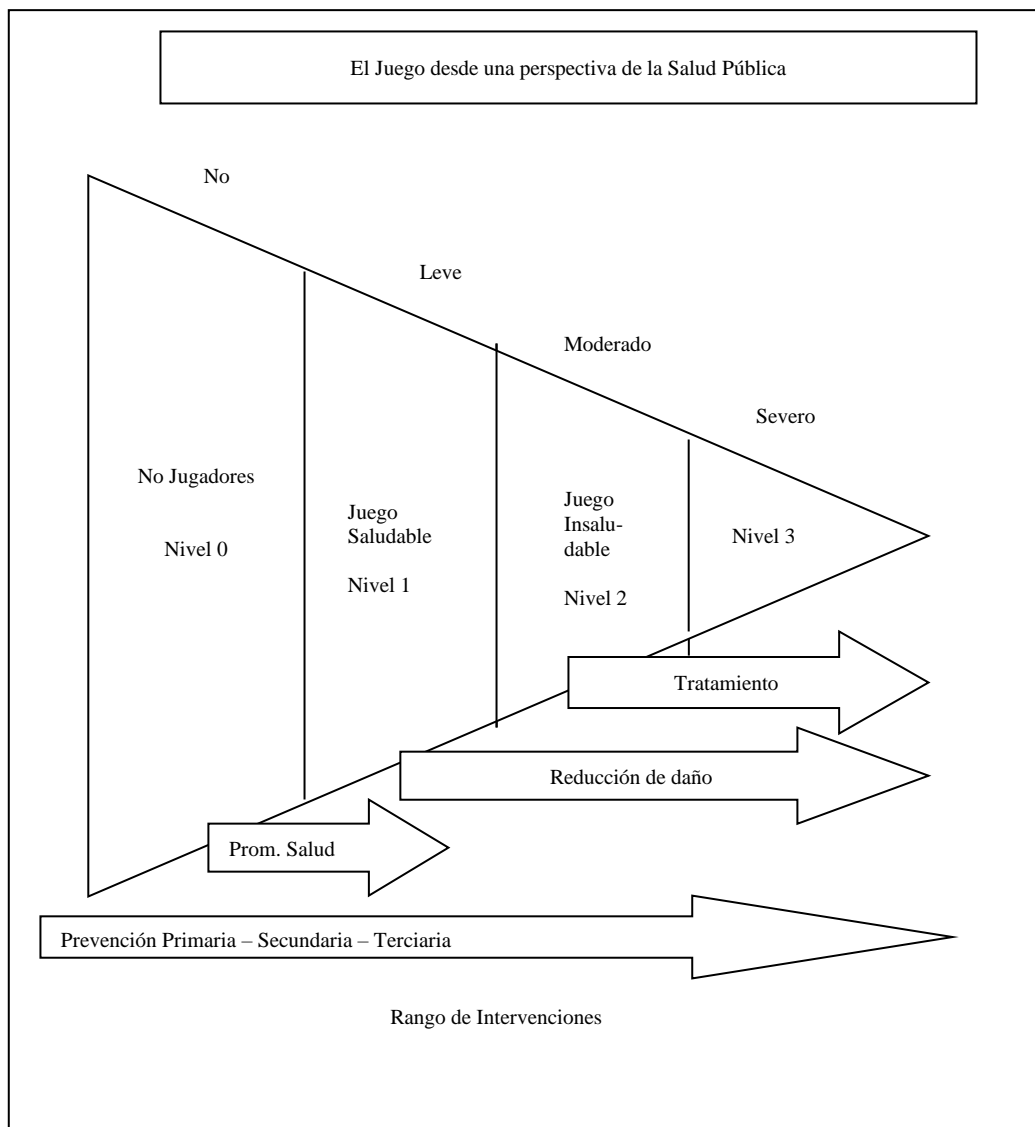


Figura 3. Niveles de Juego y estrategias de intervención. Fuente: Adaptado de *Manual de juego responsable. Para los empleados de la industria latinoamericana del juego* (p. 40), por J. Brizuela y A. Cía, 2008, Conjuguar.

4.5. Enfoque de Riesgo

Otra dimensión a tener en cuenta en relación a la prevención, es el denominado **enfoque de riesgo**, desarrollado por los epidemiólogos y los médicos sanitarios.

Consiste en asociar ciertas vulnerabilidades de los grupos sociales con la noción de **factor de riesgo**, definido como una circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, como una enfermedad o un hábito como la drogadicción. Los factores de riesgo están asociados con la posibilidad de desarrollo de una enfermedad, pero no son suficientes para provocarla. Por ejemplo, para el consumo problemático de drogas,

en los jóvenes, son factores de riesgo los grupos familiares no continentales, la falta de posibilidades de inserción en el mercado laboral, el abandono escolar, entre otros.

Por otra parte, la incorporación del concepto de *factores protectores* ha enriquecido la utilidad de este enfoque y, a diferencia del enfoque anterior, ha permitido no estigmatizar a las personas consumidoras, ya que se pone el énfasis en la promoción de la salud más que en la prevención de posibles daños. Los factores protectores facilitan el logro o mantenimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las características de los microambientes (familia, escuela, etc.) y/o en las instituciones más amplias de la comunidad (educación, trabajo, vivienda, etc.).

En los últimos años, se ha observado con creciente interés la capacidad de reacción o *inmunidad* que pueden desarrollar algunos niños y jóvenes cuando están expuestos a situaciones difíciles o agresiones, al punto de superar los resultados comúnmente observados en otros niños en situaciones similares. Dichas personas logran sobrepasar los niveles de resistencia, y hasta terminan con más *energía* protectora que antes de la exposición a las situaciones adversas. Esta capacidad de recuperación es comparable en cierto modo a la propiedad de los cuerpos elásticos de recobrar su forma original liberando energía cuando son sometidos a una fuerza externa, lo cual se denomina *resiliencia*.

El concepto es inverso al de *riesgo* (o bien complementario). En lugar de enfatizar en los factores negativos que permiten predecir quién va a sufrir un daño, se trata de valorar aquellos factores positivos que, a veces sorprendentemente y contra lo esperado, protegen a un niño o a un joven.

El interés en descubrir los factores *resilientes* va unido a una jerarquización de las acciones de promoción de la salud y a la búsqueda de intervenciones o actividades que, en lugar de evitar daños específicos, tiendan a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos.

Este modelo se esquematiza diciendo que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños, encuentran a veces en el niño o joven una especie de escudo (*resiliencias*), por lo que dichas fuerzas no actúan tan linealmente como influencias negativas, sino que se transforman en un desafío que puede incluso llegar a ser un factor de superación.

En el caso de los consumos abusivos de los jóvenes, se trata de promover en ellos la utilización de recursos que les permitan fortalecer sus capacidades para elegir alternativas del uso del tiempo libre que no incluyan el consumo de drogas.

Se ha dicho reiteradamente que las intervenciones preventivas no deben difundir sólo información, sino también poner el énfasis en la difusión del *saber hacer* para prevenir.

En las intervenciones preventivas *cara a cara*, la preparación de las personas para enfrentar situaciones que se les pueden presentar es una importante ayuda (Touzé, 2010).

4.6. Enfoque de Reducción de Daños

Mientras que el paradigma prohibicionista logró su primacía durante el siglo XX, dejando como saldo la demonización de las sustancias y buscando su eliminación como prioridad fundamental, el crecimiento y la complejidad de los problemas asociados a los consumos problemáticos comenzaron a mostrar las falencias de estas políticas. Teniendo presente estos antecedentes, la reducción de daños buscó centrarse en la disminución de las consecuencias negativas del uso de drogas (Touzé y Rossi, 1993). Así, un elemento nuevo en la política de reducción de daños es la atención puesta en los efectos secundarios del consumo de drogas.

Los Programas de Reducción de Daños no buscan centrarse en el consumo como tal, sino en los daños individuales y sociales que el mismo ocasiona. Debe aclararse que estos programas, como señalan sus representantes, garantizan el acceso de todos a la información y a la prevención, facilitan el contacto de los usuarios de drogas con las instituciones de salud, e intentan evitar los costos individuales y sociales que acompañan a la penalización de las drogas.

En atención a ello, varios países han instrumentado acciones tendientes a reducir los impactos negativos en el área sanitaria, social y económica que los consumos problemáticos involucran. Son múltiples y variadas las actividades que, desde 1985, se han emprendido en tal sentido; entre otras, programas de suministro de sustancias sustitutas de las drogas (por ejemplo, los llamados programas de metadona para sustituir a la heroína), que se llevan a cabo en EE.UU., Holanda, Inglaterra, Francia, Canadá, España, Alemania y Suiza, entre otros países; actividades de distribución o intercambio de jeringas o agujas, de elementos de limpieza y/o material educativo, que explican el modo de utilización de dichos elementos para evitar los riesgos asociados con su uso.

Por lo tanto, la Reducción de Daños es un modelo que comenzó a aplicarse en el campo de las adicciones tóxicas y que, progresivamente ha ido ganando terreno en el abordaje (no sólo preventivo sino también terapéutico) de adicciones comportamentales, como el juego patológico.

En los países occidentales, la mayoría de las personas aprende a beber alcohol en su entorno social básico (familia, amigos). Este consumo se articuló con numerosas reglas implícitas y explícitas, que sirven para promover sus efectos agradables y evitar los efectos negativos. Sugerencias como *no tomar con el estómago vacío* o *no mezclar distintos tipos de bebidas*, y recomendaciones como *no conducir si se ha bebido alcohol*, constituyen ejemplos de estas reglas.

3.6.1. Programas de Reducción de Daños en Argentina

En nuestro país, las medidas y programas de Reducción de Daños comienzan a implementarse a partir de 1996. Lo interesante de estos nuevos programas es que lograron tener llegada a una población consumidora de drogas que nunca antes había realizado tratamiento de rehabilitación, a la vez que tampoco había tenido acceso al sistema de salud.

A diferencia de lo que ocurrió en España y en otros países de Europa, en Argentina no fue necesaria la implementación de tratamientos de sustitución con metadona, en tanto éstos sólo se utilizan con consumidores de heroína, sustancia escasamente consumida en nuestro país.

Los programas de intercambios de jeringas para usuarios de drogas inyectables se pusieron en marcha en un primer momento con algunas dificultades legales. De todos modos, estos programas no tuvieron, como en España, una cobertura extendida en el país, sólo lograron implementarse en ciertos lugares puntuales de Buenos Aires y en Rosario, perteneciente a la provincia de Santa Fe.

Un hecho interesante a tener en cuenta es que, al analizar las vías de transmisión del VIH en el acumulado de los casos, desde el comienzo de la epidemia de sida, se observó que la principal vía de transmisión hasta 1996 era el uso compartido de equipos de inyección durante el consumo de drogas, luego las relaciones sexuales sin protección entre hombres y, en tercer lugar, aparecían las personas que tenían como única vía de transmisión la heterosexual.

Varios factores incidieron para que las principales vías de transmisión del virus se modificaran en cuanto a sus porcentajes, de modo tal que en la actualidad el consumo de drogas aparece como la vía menos importante estadísticamente. Entre dichos factores, ha tenido importancia la implementación de los programas de Reducción de Daños, con su énfasis en la necesidad de no compartir jeringas y en su desinfección.

Un hecho relevante en materia legal se produjo en el año 1999, a partir de la reunión organizada por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas en Argentina (SEDRONAR), donde se debatió sobre la reducción de daños con sectores representativos del campo de las drogas y del sida, y en la que participaron también funcionarios de todo el país y dirigentes de las organizaciones de la sociedad civil. En el mismo año se creó el Programa Regional de Reducción de Daños en la Provincia de Santa Fe, declarado de interés provincial.

En el 2000, comenzó una fuerte campaña por parte de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA, con sede en Rosario), que tuvo como objetivos lograr la despenalización de la tenencia de drogas para el consumo personal, detener los arrestos por consumo de marihuana y defender la investigación científica sobre los usos terapéuticos de esta sustancia.

A fines del año 2000, el programa LUSIDA (Programa Nacional de Lucha contra el Sida), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, promovió

múltiples y diversas intervenciones en materia de reducción de daños en Buenos Aires y Rosario. Participaron del proyecto la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA), la Fundación Red y el Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y Sida (CEADS) de la Universidad Nacional de Rosario.

3.6.2. Principios básicos de la Reducción de Daños

La Subcomisión del Modelo de Reducción de Daños de Costa Rica, propone una serie de Principios de la reducción de daños, algunos de los cuales se sintetizan a continuación:

Centrarse en los riesgos y daños específicos: no intenta minimizar o ignorar el daño y real peligro asociado con el consumo de sustancias psicoactivas, sino que lo identifica, para así poder abordar sus causas específicas.

En este sentido, se debe establecer: 1) Cuáles son los riesgos y daños particulares; 2) Qué causa estos riesgos y daños; 3) Qué se puede hacer para reducirlos.

La identificación de daños específicos, sus causas y decisiones respecto de intervenciones apropiadas requieren de una adecuada evaluación del problema y acciones necesarias. La adaptación de las intervenciones de reducción de daños dirigidas a riesgos y daños específicos debe tomar en consideración factores que pueden agravar la vulnerabilidad de las personas, como edad, sexo, entre otros.

Reconoce más allá del consumo: se aborda el uso problemático de sustancias desde un enfoque de salud de la población, el cual que: 1) Reconoce que las realidades de pobreza, clase, racismo, aislamiento social, traumas pasados, discriminación sexual, por género y otras desigualdades afectan la vulnerabilidad y capacidad de las personas para manejar efectivamente los daños relacionados a los consumos problemáticos. 2) Entiende además que el uso problemático de sustancias muchas veces ocurre simultáneamente con otras condiciones tales como enfermedad mental. 3) Reconoce que las personas tienen el derecho a vivir en comunidades justas, saludables y seguras, libres de los impactos dañinos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, mediante el desarrollo social.

Basado en evidencia y costo-efectividad: los enfoques de Reducción de Daños son pragmáticos, factibles, seguros y costo-efectivos. Están comprometidos con que sus políticas y prácticas se basen en la evidencia más sólida disponible. Gran parte de las intervenciones son económicas, fáciles de implementar, y cuando se combinan han mostrado tener un fuerte impacto en la salud de las personas y la comunidad.

Gradual: se valora cualquier cambio positivo que la persona realice en su vida. Las intervenciones son facilitadoras, y parten de las necesidades de los individuos; en consecuencia, los servicios están diseñados para identificar a las personas en donde ellas se encuentran. Los objetivos de la Reducción de Daños en un contexto específico, a menudo pueden ser organizados jerárquicamente, con opciones que oscilan entre los más factibles, inmediatos y realistas (medidas para mantener a las personas sanas) hasta opciones menos factibles pero deseables.

Universalidad e interdependencia de los derechos: los derechos humanos aplican a todas las personas, por lo tanto, aquellas que consumen sustancias psicoactivas no pierden sus derechos, como lo son los más altos estándares de salud, servicios sociales, trabajo, beneficiarse de los progresos científicos, ser libres de detenciones arbitrarias y no estar sujetos a tratos crueles y degradantes.

De lo local a lo global: aborda el conjunto de las realidades, que dan cuenta de la riqueza de lo heterogéneo y de la diversidad de contextos culturales, políticos, religiosos de las comunidades en las que interviene.

5. Objetivos

5.1. Objetivos Generales

Se propusieron los siguientes objetivos generales, los cuales a su vez coincidieron con las dos etapas propuestas en el procedimiento:

1. Realizar un estudio exploratorio para detectar sujetos en riesgo de padecer adicción al juego, en una muestra de trabajadores pertenecientes a la población ocupada de la ciudad de San Luis.
2. Aplicar los conocimientos obtenidos para la elaboración e implementación de un Programa Psicoeducativo de Prevención Secundaria, destinado fundamentalmente a la población en riesgo detectada, para promover la concientización respecto de las características y consecuencias de esta patología.

5.2. Objetivos Específicos

1. Establecer correlaciones entre las variables sociodemográficas y el riesgo de padecer la enfermedad.
2. Describir diferencias y similitudes entre trabajadores pertenecientes a los diferentes sectores de la población laboralmente activa de la ciudad de San Luis.
3. Detectar sujetos en riesgo de desarrollar juego patológico.
4. Contribuir a la concientización ciudadana sobre esta patología en cuanto a su estimulación social, su adquisición y consecuencias.
5. Comparar los resultados obtenidos con los hallados por otros investigadores en relación a la epidemiología y prevalencia del juego (problemático y patológico).

Realizar un Programa Psicoeducativo, con fines preventivos, acorde a las características particulares de la población estudiada, y fundamentalmente dirigido a los individuos en riesgo de padecer ludopatía.

6. Método

6.1. Diseño

El estudio se planteó como exploratorio, ya que la literatura revisada reveló escasez de antecedentes y de investigaciones de campo a nivel local y regional sobre la temática estudiada.

6.2. Participantes

La muestra seleccionada se basó en la participación voluntaria de los sujetos. Estuvo conformada por 400 individuos (292 mujeres y 108 hombres), que se encontraban desarrollando su actividad laboral en instituciones públicas y privadas de la ciudad de San Luis.

Para el análisis, se consideraron variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, nivel educacional (primario, secundario y terciario/universitario), estado civil y tipo de ocupación.

El muestreo fue intencional y no probabilístico.

6.3. Instrumentos

A) *Cuestionario de South Oaks – SOGS, validación española* (Echeburúa et al., 1994).

Es un instrumento de *screening* que ha demostrado tener una alta eficacia diagnóstica, facilitando la identificación de la adicción al juego de manera temprana (Prevención Secundaria).

En 1987, Lesieur y Blume publican el Cuestionario de Juego de *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), considerado como uno de los instrumentos más fiables y válidos de los que se dispone actualmente para evaluar el juego patológico. Consta de 16 ítems que miden la dependencia del juego, tanto en sujetos que empiezan a tener problemas con el juego como en pacientes adictos de centros de rehabilitación. Es un instrumento útil, sobre todo para identificar posibles jugadores problema y, además, es de fácil y rápida aplicación dada la simplicidad y el número reducido de las preguntas.

El contenido de los ítems se corresponde con los criterios incluidos en los Manuales Diagnósticos DSM-IV y CIE-10, y se relaciona, entre otras cuestiones, con las conductas de juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o pagar deudas y las emociones implicadas (APA, 1994; OMS, 1992)

La puntuación se establece sumando el número de respuestas a las preguntas, evaluadas como *respuestas arriesgadas* (Adès y Lejoyeux, 2003). La puntuación máxima es de 20 (VEINTE) puntos. Una puntuación superior o igual a 5 (CINCO), se asocia al *Juego Patológico*, mientras que una puntuación comprendida entre 1 (UNO) y 4 (CUATRO) corresponde al *Juego Problema*.

Por lo tanto, el SOGS (Lesieur y Blume, 1987) permite reconocer tres tipologías de individuos en función de su relación con el juego: 1) *Jugador social*: juega por entretenimiento o en el marco de una relación social. Tiene control sobre

el juego, pudiendo abandonarlo cuando desee, ya que son otras las actividades que prevalecen y dan más sentido a su vida. 2) *Jugador problema*: juega de forma bastante habitual, tiene menos control sobre el juego y éste le crea problemas ocasionales. Se encuentra en riesgo de convertirse en jugador patológico; 3) *Jugador patológico*: se caracteriza fundamentalmente por la pérdida de control sobre el juego, y por un deterioro notable de las relaciones personales y sociales. También se lo denomina “adicto al juego” o “ludópata”.

B) *Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne* (1960), reducida y adaptada a la población de Cuyo (Pérez, 2009a). Dicha escala ha demostrado ser el instrumento más válido y confiable para evaluar la tendencia a mostrar, ante los demás, una imagen socialmente aceptable.

El instrumento inicial (Crowne y Marlowe, 1960) está compuesto por 33 ítems con un formato de respuesta dicotómico (verdadero-falso), y evalúa la imagen favorable que puede dar la persona de sí misma ante las proposiciones de un test. Cada ítem presenta diferentes situaciones de la vida cotidiana ante las cuales el sujeto debe responder con una de las dos opciones posibles. La escala original fue adaptada a la población de Cuyo en un trabajo de investigación realizado por la presente autora en el año 2009 (Pérez, 2009a), quedando conformada una versión reducida a 21 ítems, que es la que se utiliza en el estudio actual.

El objetivo de aplicar dicho instrumento se orienta, por un lado, a evitar o reducir el posible sesgo de los resultados y, por otro lado, a explorar si las variables DS y juego patológico tienen algún grado de correlación entre sí.

6.4. Procedimiento

La investigación fue desarrollada en dos etapas consecutivas, las cuales se corresponden con los objetivos anteriormente planteados:

6.4.1. Etapa de evaluación

Cabe señalar que, previo a realizarse el proceso de muestreo, se solicitó el correspondiente Consentimiento Informado a los participantes, y se obtuvieron los datos sociodemográficos, garantizándose el anonimato de los resultados individuales.

En esta etapa, se realizó el análisis psicométrico de los instrumentos empleados, utilizando el procedimiento de análisis factorial exploratorio a fin de estudiar su consistencia interna. La adecuación muestral para el análisis factorial se evaluó con las pruebas de KMO y prueba de Bartlett. Las cargas factoriales fueron sometidas a rotación Varimax.

Para el análisis de confiabilidad, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach del cuestionario SOGS y de la escala MC.

Asimismo, se realizó el análisis correlacional entre las variables DS y juego patológico, y entre las variables sociodemográficas y juego patológico, con el objeto de lograr una mayor comprensión de la problemática estudiada y, de ese

modo, contribuir al diseño de intervenciones preventivas acordes a las particularidades de la población seleccionada.

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el software de análisis estadísticos SPSS (*Statistical Packages for Social Sciences*), versión 19.0.

6.4.2. Etapa de Intervención

En base a los resultados hallados, en esta segunda etapa se trabajó en la planificación y ejecución de un **Programa de Intervención Secundaria** orientado a los sujetos identificados (por medio del SOGS) como *sujetos en riesgo* o probables jugadores problema.

Para ello, se consideró necesario partir del análisis del concepto de prevención planteado en el capítulo 3, entendido como el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas (Comas y Arza, 2000). A partir de dicha definición, es posible observar que el concepto implica: 1) Establecer una **definición para el fenómeno** que se pretende prevenir (en este caso puntual: *los problemas relacionados con el juego compulsivo*). 2) Definir los **factores de riesgo** que se supone intervienen en la creación de la problemática que pretendemos prevenir (*es decir la probabilidad de que en su seno aparezcan*). 3) Definir los **factores de protección** que es necesario desarrollar para prevenir el fenómeno (*es decir el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable*)

En este marco, se adhirió al posicionamiento teórico de Míguez (2002), quien define un **programa de prevención** como un conjunto coherente de acciones encadenadas y construidas a partir de una evaluación de necesidades, buscando la creación o adaptación de actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos realistas trazados como metas del programa a implementar.

Este análisis favoreció la planificación de diversos talleres de intervención, por un lado, específicamente orientados a la población en riesgo detectada y, por otro, surgió la necesidad de ampliar las intervenciones a otros sectores de la comunidad, con el objeto de generar mayor conciencia social respecto de una problemática que, en nuestra población, tiene una importante incidencia epidemiológica y que, aún hoy, carece de suficiente difusión y sensibilización social. Para ello, fue necesario elaborar un programa de intervenciones preventivas primarias, en diferentes sectores de la comunidad que así lo requirieron (Salud, Educación, Seguridad, Justicia, entre otros), para finalmente dictar charlas abiertas a la comunidad en general, las cuales contaron con una amplia concurrencia.

7. Analisis estaditicos de los datos

7.1. Análisis Descriptivo de la Muestra

En la *Figura 4* se presentan la composición de la muestra según el sexo de los participantes. Se observa un predominio del sexo femenino por sobre el masculino.

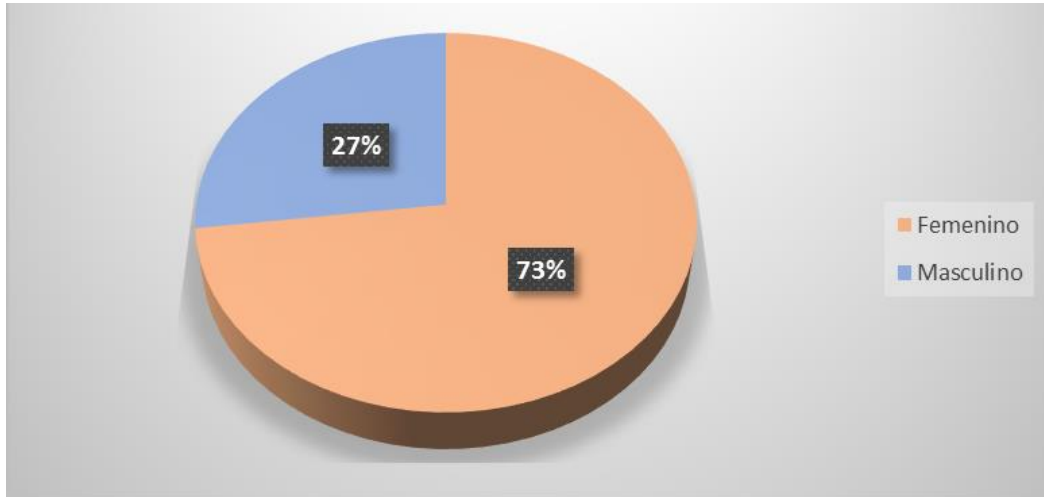


Figura 4. Distribución porcentual por sexo (N=400)

Con respecto al nivel educativo de los participantes (*Figura 5*), se observó un predominio significativo de las categorías *terciario o universitario completo* (59,80%) y *secundario completo* (24%), es decir que el 84% de los sujetos concluyeron su escolaridad (secundaria, terciaria o universitaria).

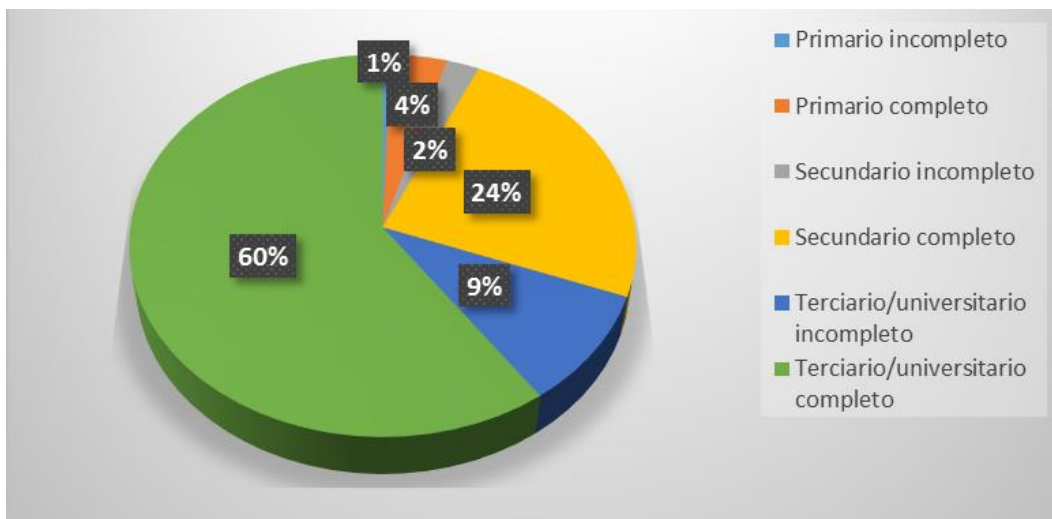


Figura 5. Distribución porcentual de nivel de estudios alcanzados (N=400)

En cuanto al estado civil, al momento de la toma del instrumento, la mayoría de los sujetos se ubicó entre las categorías *soltero* (49%) y *casado/unido* (44%), habiendo un mínimo porcentaje (del 7%) distribuido entre las categorías *separado/divorciado* y *viudo* (figura 6).

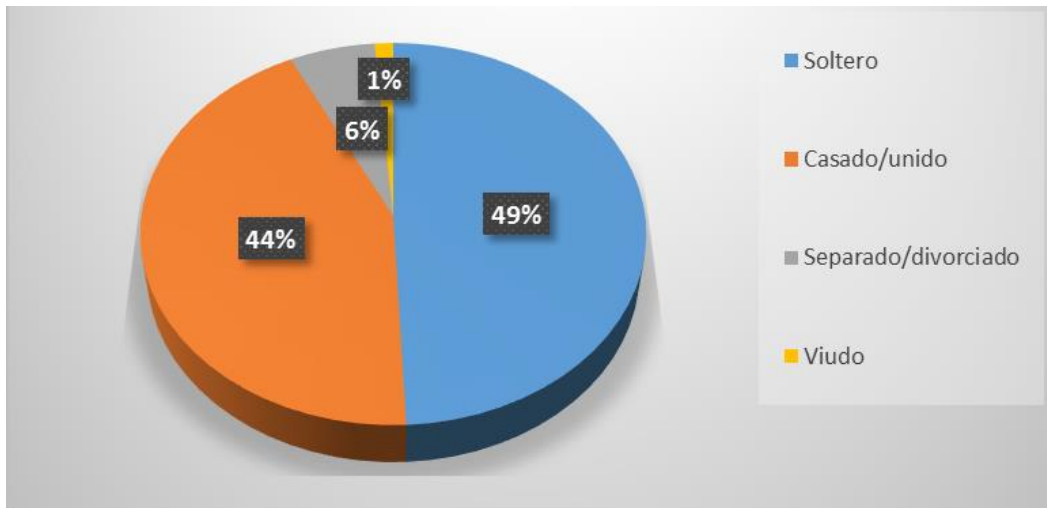


Figura 6. Distribución porcentual por estado civil (N=400)

A continuación, la figura 7 muestra la variedad de ocupaciones de los participantes. Se observó que la mayoría de los sujetos (46%) correspondieron a la categoría de docentes, siguiéndole, en orden decreciente, la de estudiante (22,5%), empleado público (19%), profesional (8%) y empleado privado (4,3%). Uno de los criterios que se tuvieron en cuenta a la hora de realizar el muestreo, fue que los sujetos participantes se encontrasen laboralmente activos al momento de la aplicación de los instrumentos.

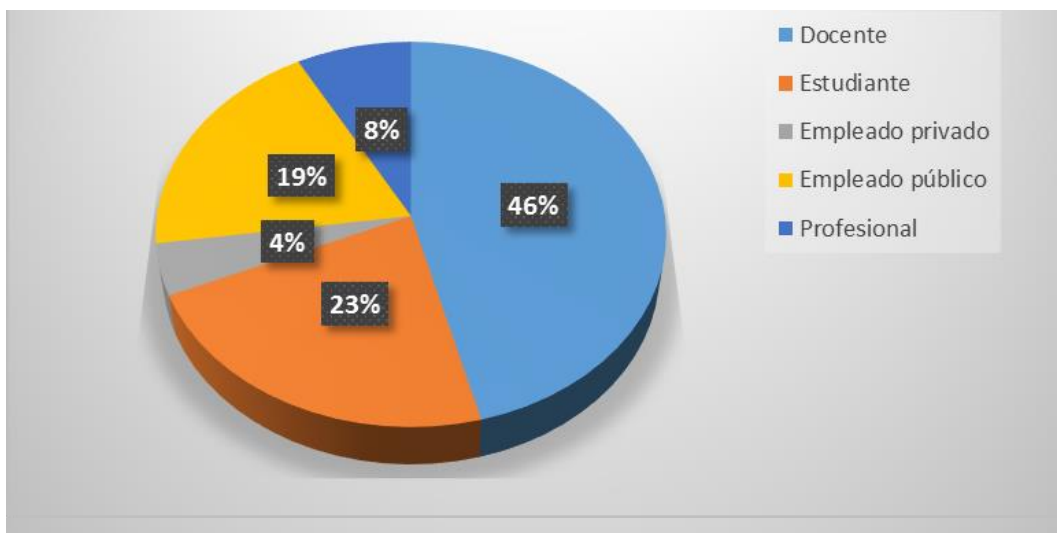


Figura 7. Distribución porcentual por tipo de ocupación (N=400)

La edad de los participantes osciló entre 18 y 66 años (tabla 2), con una media de 36,61 años y una desviación estándar de 11,53 años.

La mayor concentración de sujetos se ubicó en el rango comprendido entre 30 y 55 años, habiendo otra concentración significativa de entre 18 y 25 años de edad. La minoría presentó una edad por encima de los 55 años.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos de la edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad del encuestado	400	18	66	36,61	11,535

A continuación, la tabla 3 realiza un resumen descriptivo de cómo se comportaron las variables sexo y edad. La media de edades en las mujeres fue de 39 años, mientras que la de los hombres de 30 años; la mediana claramente muestra que aproximadamente el 50% de las edades para el sexo femenino se encontró por debajo de 39 años y el otro 50% por encima de esa edad; mientras que, para el sexo masculino, el 50% se encontró por debajo de 24 años, y el porcentaje restante por encima de dicha edad. Estos datos se corresponden con los arrojados en el gráfico 5, de cajas y bigotes.

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de la edad por sexo

Sexo del encuestado	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	Mediana
Femenino	292	39,00	18	66	10,261	39,00
Masculino	108	30,15	18	64	12,334	24,00
Total	400	36,61	18	66	11,535	37,00

La figura 8 (box plot) permite comparar, por sexo, cómo se han distribuido las edades.

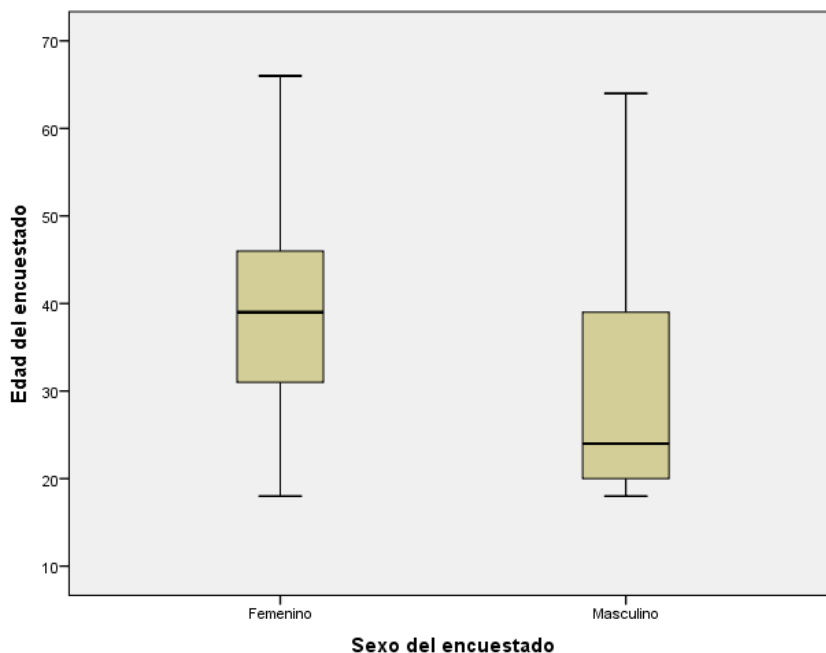


Figura 8. Grafico de cejas y bigotes. Comparación sexo y edad

Se observó que la edad de las mujeres (en comparación con la de los hombres) fue más simétrica, ya que la mediana se ubicó hacia la mitad de la caja.

En cambio, el gráfico de los masculinos mostró la mediana más ubicada hacia el cuartil 25 (de edades más bajas), por lo tanto, la asimetría en la edad de los hombres fue más marcada que la de las mujeres.

A continuación, la tabla 4 realiza un resumen descriptivo de cómo se comportó la variable edad respecto de la escolaridad de los participantes. Se observó que la mayoría de los sujetos presentaron sus estudios secundarios, terciarios y/o universitarios completos.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos. Nivel de estudios alcanzado y edad

Escolaridad	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación	
					estándar	Mediana
Primario incompleto	2	56	53	59	4,243	56
Primario completo	16	43,06	30	64	11,474	40,5
Secundario incompleto	9	42,33	24	63	14,274	43
Secundario completo	96	27,36	18	64	11,139	22,
Terciario/universitario incompleto	38	29,82	18	59	10,790	25,5
Terciario/universitario completo	239	40,59	22	66	8,674	40
Total	400	36,61	18	66	11,535	37

En el siguiente gráfico (box plot), se observan datos por fuera de la caja (por Ej. la categoría secundario completo); el sujeto 383 presentó una edad aproximada de 60 años con la categoría terciario/universitario incompleto; al igual que el sujeto 397 (de aproximadamente 55 años); y en el caso de la categoría terciario/universitario completo, hubo dos sujetos (195 y 238) que presentaron edades por fuera de la caja (figura 9).

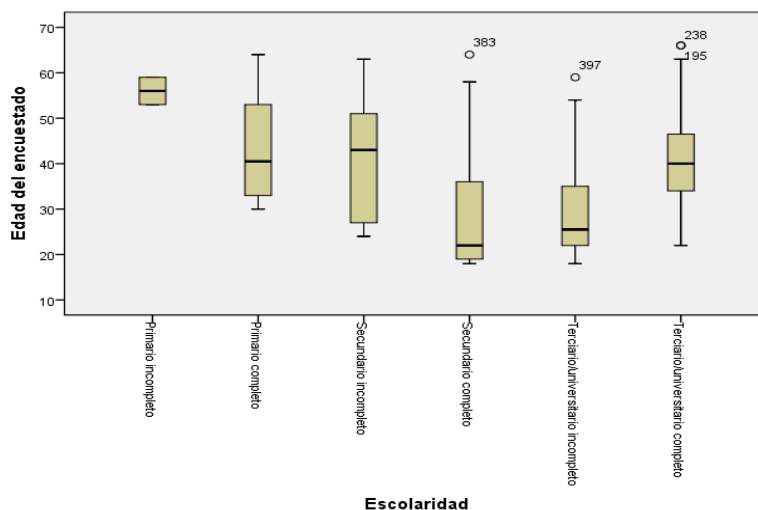


Figura 9. Grafico de cejas y bigotes. Comparación entre edad y nivel de escolaridad

La siguiente tabla realiza un resumen descriptivo de cómo se comportó la variable edad respecto del estado civil. La mayoría de los participantes pertenecieron a las categorías *soltero* y *casado/unido*, habiendo una menor cantidad de sujetos *separados*, *divorciados* y *viudos* (tabla 5).

Tabla 5

Estadísticos descriptivos, estado civil y edad

Estado civil	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación	
					estándar	Mediana
Soltero	197	29,51	18	66	9,842	28
Casado/unido	174	42,66	19	66	8,3	42
Separado/divorciado	24	46,71	31	62	7,298	46
Viudo	5	57,4	51	63	4,278	58
Total	400	36,61	18	66	11,535	37

En concordancia con la tabla 5, el gráfico a continuación (figura 10) muestra que la mayoría de los sujetos se concentró entre las categorías *soltero* y *casado/unido*. Se observó claramente que la mediana de los solteros estuvo muy por debajo (en edad) a la mediana de la categoría *viudos*. Además, fue notoria la gran variabilidad en edad para *solteros* que para el resto de las categorías.

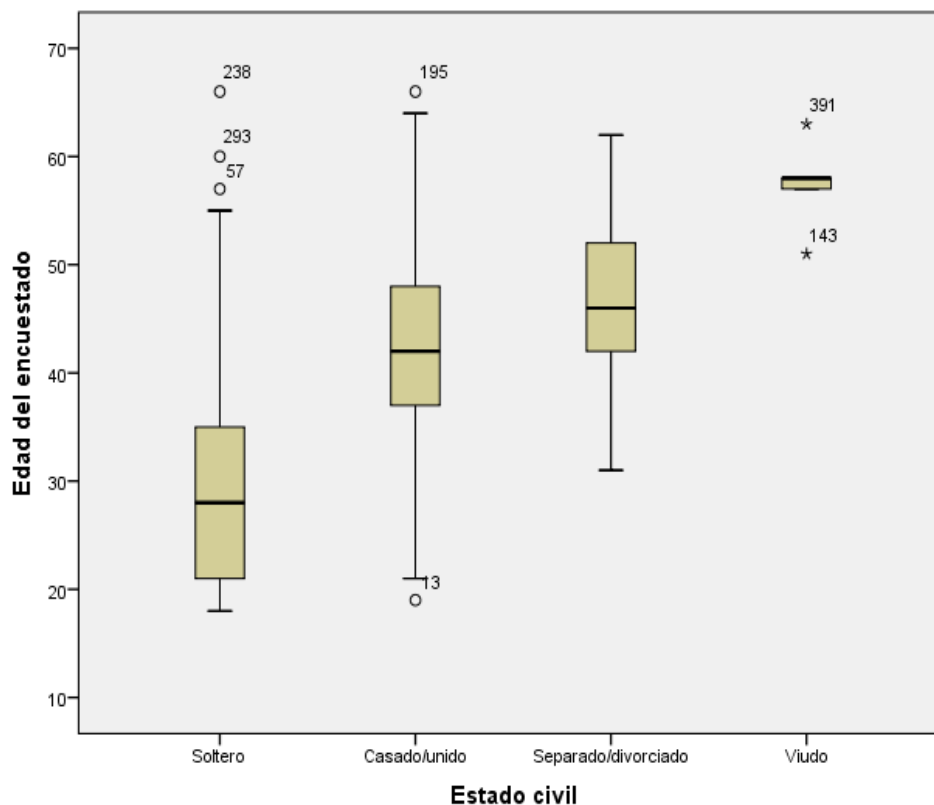


Figura 10. Gráfico de cejas y bigotes. Comparación entre edad y estado civil

La siguiente tabla describe cómo se comportó la variable *edad* de los sujetos respecto de *ocupación* (tabla 6).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de ocupación y edad

Ocupación	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación	
					estándar	Mediana
Docente	184	40,91	23	66	8,706	41
Estudiante	90	22,02	18	59	5,633	21
Empleado privado	17	27,5	27	28	0,707	27,5
Empleado público	77	40,69	23	64	9,9	39
Profesional	32	39,38	22	62	8,706	38
Total	400	36,61	18	66	11,535	37

Los datos de la tabla 6 se condicen con la figura 11, el cual arrojó una gran variabilidad de las edades por ocupación, observándose que los estudiantes presentaron más datos atípicos que el resto de las categorías, ya que hubo estudiantes con edades altas (por Ej. el sujeto N° 39, que presentó una edad aproximada de 55 años y correspondió a la categoría *estudiante*).

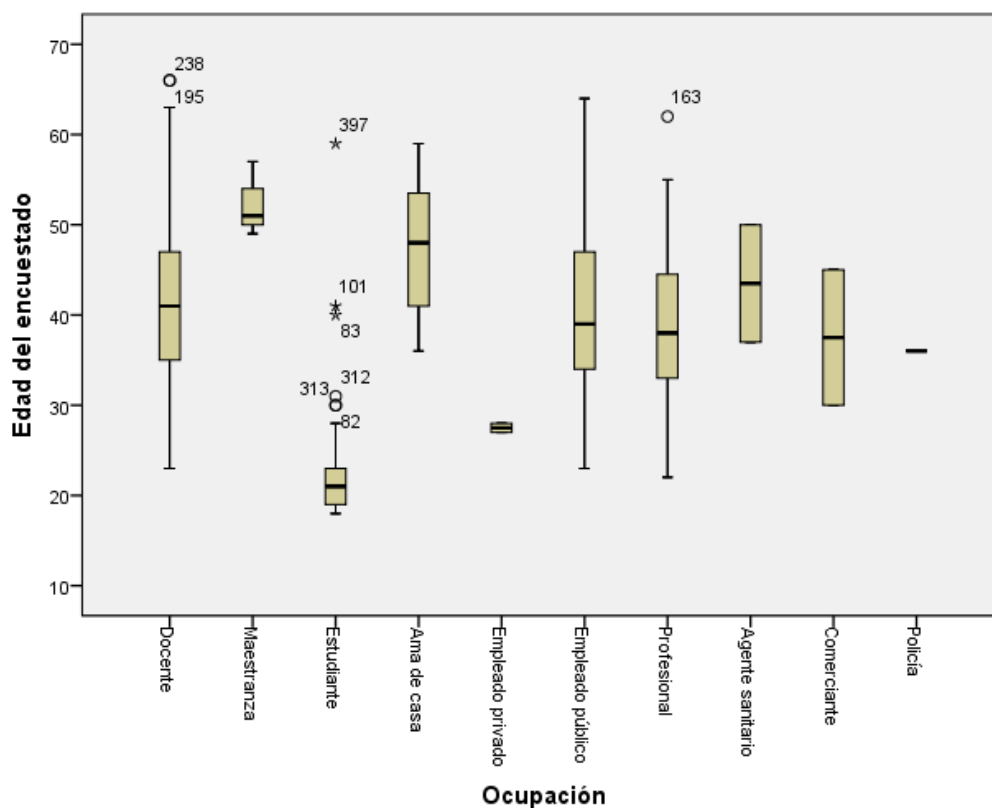


Figura 11. Grafico de cejas y bigotes. Comparación entre edad y ocupación

La figura 11 arroja las ocupaciones de los sujetos distribuidas según el sexo. Se observó un predominio de sujetos femeninos agrupados en la categoría *docentes*, mientras que los masculinos fueron predominantemente estudiantes. Hubo una distribución relativamente equitativa (en ambos sexos) correspondiente a la categoría de empleados públicos, y un predominio de mujeres profesionales en comparación con los hombres. La minoría (en ambos sexos) correspondió a la categoría *empleados privados*.

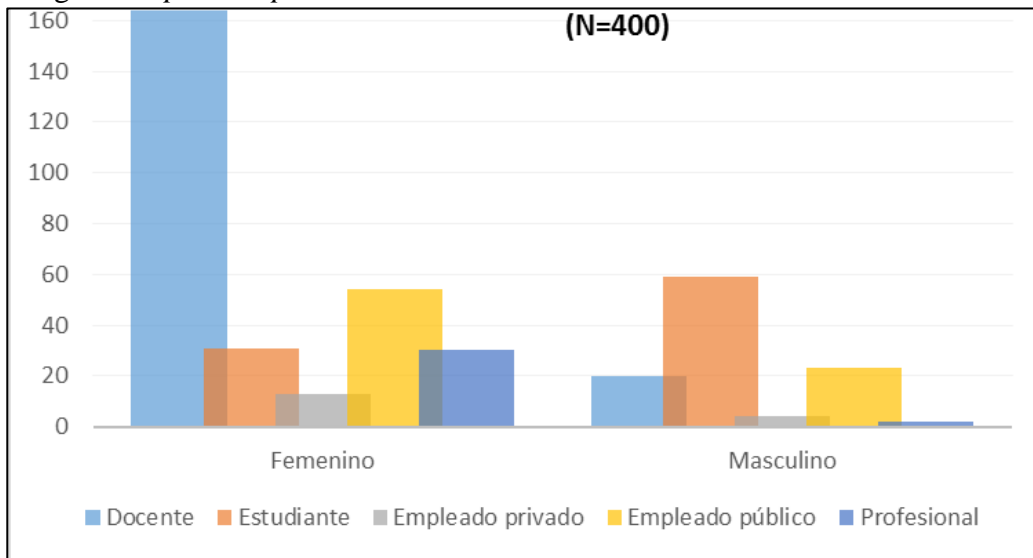


Figura 12. Distribución por sexo y ocupación

La figura 12 describe la distribución de la variable sexo respecto del estado civil de los encuestados. La mayoría de los sujetos femeninos correspondió a la categoría de *casados/unidos* y los sujetos masculinos a la de *solteros* (predominantemente), habiendo un número significativo también de mujeres incluidas en dicha categoría. La minoría de sujetos (de ambos sexos) pertenecieron a las categorías *separado/divorciado* y *viudo*.

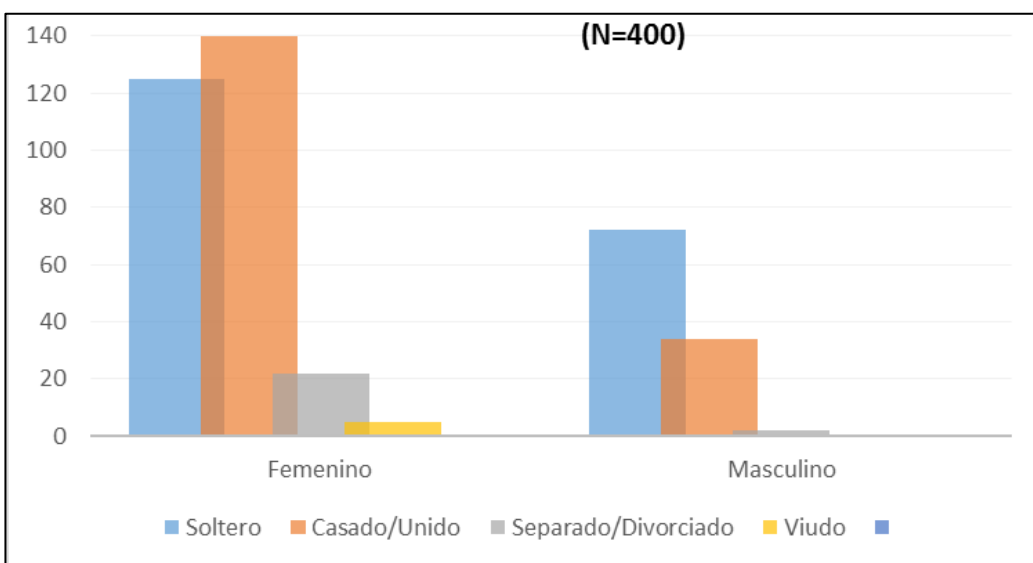


Figura 13. Distribución por sexo y estado civil

Tabla 7.

Frecuencia de probable jugador patológico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No jugador	327	82
Sujetos en riesgo	51	13
Probable jugador patológico (leve)	16	4
Probable jugador patológico (moderado)	6	1
Total	400	100

A continuación, se analiza la variable Juego Patológico en la muestra estudiada, con el objeto de identificar los distintos niveles de juego de los individuos encuestados, contribuyendo de este modo a cumplimentar uno de los objetivos generales de la presente investigación.

La tabla 7 muestra los puntajes totales del SOGS, variable que indicaría los sujetos con probable juego patológico. Se observó que el 82% de los sujetos no presentó juego patológico, el 13% se identificó como jugadores en riesgo, y el 5% con probabilidad de ser jugadores patológicos, leves o moderados (los resultados de dicha tabla se observan también en el gráfico 13).

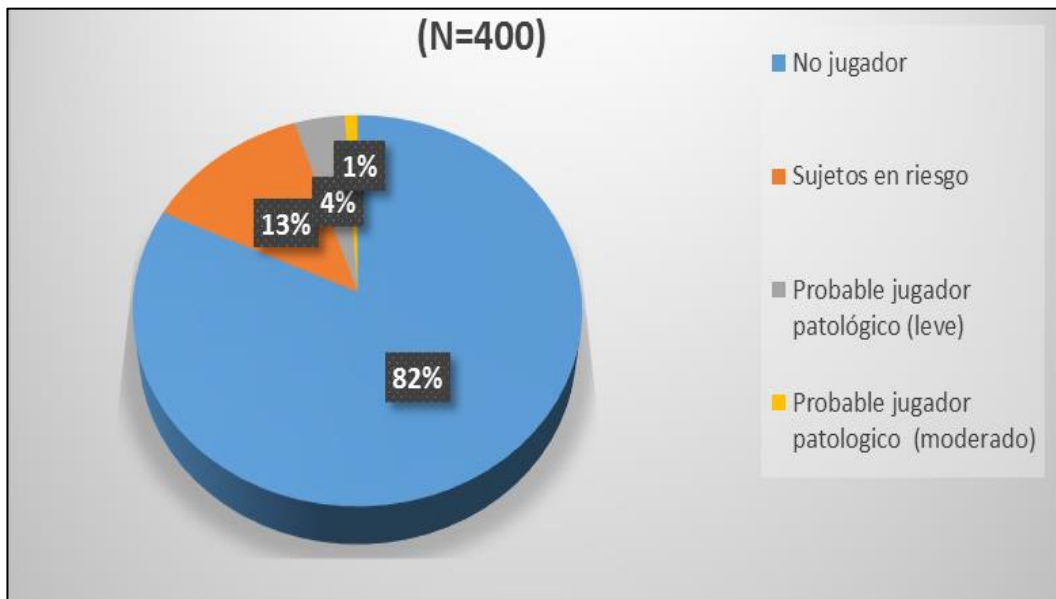


Figura 14. Distribución porcentual de Jugador Patológico

A continuación, y considerando el objetivo específico de realizar un análisis correlacional entre las variables sociodemográficas y el riesgo de padecer ludopatía, se comenzará por analizar la variable *sexo* respecto del juego patológico.

La tabla 8 muestra un mayor porcentaje de mujeres no jugadoras, lo cual se corresponde con un menor porcentaje de mujeres en riesgo de padecer ludopatía o con probable juego patológico. Se observa que, en la muestra estudiada, los hombres presentaron una mayor tendencia que las mujeres al juego patológico (ya sea ubicándose en la categoría de sujetos en riesgo, o de probables jugadores

patológicos). Dichos porcentajes adquieren mayor relevancia, si se considera que la cantidad de mujeres encuestadas duplicó con creces al número de hombres.

Tabla 8.
Tabulación cruzada del sexo y probable jugador patológico

Variable género/posible jugador patológico		No jugador	Sujeto en riesgo	Probable jugador patológico (leve)	Probable jugador patológico (moderado)	Total
Femenino	Recuento	246	34	8	4	292
	% dentro del sexo del encuestado	0,84	0,12	0,03	0,01	1
Masculino	Recuento	81	17	8	2	108
	% dentro del sexo del encuestado	0,75	0,16	0,07	0,02	1
Total	Total	327	51	13	6	400
	% dentro del sexo del encuestado	0,82	0,13	0,04	0,02	1

En la siguiente tabla, se analiza el grado de dependencia/independencia entre las variables *sexo* y *juego patológico*, utilizando la prueba de Chi cuadrado (tabla 9).

Tabla 9.
Pruebas de Chi Cuadrado- Sexo y Jugador Patológico

Estadístico	Valor	Grados de Libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,279a	3	0,09
Razón de verosimilitud	5,754	3	0,12
Asociación lineal por lineal	4,853	1	0,03
N de casos válidos	400		

Nota. a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,62.

Al 0,05 de significación, dado que el p.valor que arrojó el Chi-cuadrado fue de 0,09, podríamos decir que la variable *sexo* se presenta como independiente de la variable *juego patológico*. Sin embargo, fijando un nivel de significación del 0,10, el p.valor del Chi-cuadrado se encontró por debajo del 10%, por lo es posible inferir que ambas variables no resultan independientes.

Para estudiar el grado de relación entre las variables mencionadas, se utilizaron los coeficientes Phi, V de Cramer y coeficiente de contingencia. Teniendo en cuenta que valores de dichos estadísticos varían entre 0 y 1, y considerando como bajos aquellos valores cercanos a 0, como medios los valores 0,5 y 0,6 y valores altos los cercanos a 1; en la tabla 10 se observó que la relación entre *sexo* y *juego patológico* fue baja (valor del estadístico = 0,12)

Tabla 10.

Medidas simétricas. Sexo y Jugador Patológico

Estadístico	Valor	Aprox. Sig.
Phi	0,12	0,09
V de Cramer	0,12	0,09
Coefficiente de contingencia	0,12	0,09
Número de casos	400	

Con respecto a la variable *educación*, la siguiente tabla muestra una distribución equitativa del porcentaje de sujetos no jugadores con respecto a la escolaridad, es decir que los sujetos no jugadores se distribuyeron de un modo relativamente uniforme en los distintos niveles educativos. De los sujetos en riesgo de ludopatía, los porcentajes más elevados correspondieron a las categorías *terciario/universitario incompleto* (26,3%) y *secundario incompleto* (22,2%), a los que le siguieron, decrecientemente, las categorías *terciario/universitario completo*, *secundario completo* y *primario completo*. No se halló ningún sujeto en riesgo de juego patológico perteneciente a la categoría *primario incompleto*. Algo similar sucedió con los probables jugadores patológicos (ya sea leves o moderados), ya que los mayores porcentajes se agruparon entre las categorías *secundario*, *terciario* y *universitario incompleto*. Se observó un solo sujeto perteneciente a la categoría *primario incompleto*, con probabilidad de ser jugador patológico leve (tabla 11).

Tabla 11.

Tabulación cruzada de nivel de educación y probable jugador patológico

Variable escolaridad y probable jugador patológico		No Jugador	Sujetos en riesgo	Probable jugador patológico (leve)	Probable jugador patológico (moderado)	Total
	Recuento	1	0	1	0	2
Primario incompleto	% dentro del sexo del encuestado	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%	100,00%
	Recuento	14	1	0	1	16
Primario completo	% dentro del sexo del encuestado	87,50%	6,25%	0,00%	6,25%	1,00
	Recuento	6	2	0	1	9
Secundario incompleto	% dentro del sexo del encuestado	66,67%	22,22%	0,00%	11,11%	100,00%
	Recuento	80	10	0	6	96
Secundario completo	% dentro del sexo del encuestado	83,33%	10,42%	0,00%	6,25%	100,00%
	Recuento	27	10	0	1	38
Terciario/universitario incompleto	% dentro del sexo del encuestado	71,09%	26,32%	0,00%	2,63%	100,00%
	Recuento	199	28	9	3	239
Terciario/universitario completo	% dentro del sexo del encuestado	83,26%	11,72%	3,77%	1,26%	100,00%
	Total del recuento	327	51	10	12	400
Total	% dentro del sexo del encuestado	81,75%	12,75%	2,50%	3,00%	100,00%

A continuación, se estudió la posible relación entre las variables *juego patológico* y *escolaridad* mediante la utilización del Test de Chi cuadrado (tabla 12), observándose que, al 0,05 de significación, como el p.valor que arrojó el Chi-cuadrado fue de 0,005 ($< 0,05$), se podría decir que el nivel educativo no resultó independiente del juego patológico.

Tabla 12.

Pruebas de Chi Cuadrado. Nivel de educación y jugador patológico

Estadístico	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	32,891 ^a	15	0,005
Razón de verosimilitud	24,013	15	0,06
Asociación lineal por lineal	1,081	1	0,3
N de casos válidos	400		

Nota: .a. 16 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

Para analizar el grado de relación las variables mencionadas, se utilizaron los estadísticos Coeficiente de contingencia, el Phi y V de Cramer (tabla 13), observándose un bajo grado de dependencia entre *nivel educativo* y *juego patológico*.

Tabla 13.

Medidas simétricas. Nivel de educación y jugador patológico

Estadístico	Valor	Aprox. Sig.
Phi	0,29	0,005
V de Cramer	0,17	0,005
Coeficiente de contingencia	0,28	0,005
N de casos válidos	400	

A continuación, se estudió la distribución de sujetos (probable jugadores patológicos y no jugadores), en función de la variable *ocupación*. Como puede observarse en la tabla 14, hubo una distribución relativamente equitativa de los sujetos jugadores y no jugadores, indistintamente de su actividad laboral.

Tabla 14

Tabulación cruzada de ocupación y probable jugador patológico

Variable ocupación y probable jugador patológico							
Docente	Recuento	151	24	6	3	184	
	% dentro del sexo el encuestado	82,07%	13,04%	3,26%	1,63%	100,00%	
Estudiante	Recuento	73	12	4	0	90	
	% dentro del sexo el encuestado	81,11%	14,44%	4,44%	0,00%	100,00%	
Empleado privado	Recuento	13	2	1	1	17	
	% dentro del sexo el encuestado	76,47%	11,76%	5,88%	5,88%	100,00%	
Empleado público	Recuento	60	10	5	2	77	
	% dentro del sexo el encuestado	77,92%	12,99%	6,49%	2,60%	100,00%	
Profesional	Recuento	30	2	0	0	32	
	% dentro del sexo el encuestado	93,75%	6,25%	0,00%	0,00%	100,00%	
Total	Recuento	327	51	16	6	400	
	% dentro del sexo el encuestado	81,75%	12,75%	4,00%	1,50%	100,00%	

Los resultados observados en la tabla anterior concuerdan con los arrojados por la tabla 15, con lo que puede afirmarse que las variables *ocupación* y *juego patológico* resultaron independientes entre sí ($p.\text{valor} = 0,65 > 0,05$).

Tabla 15

Pruebas de chi cuadrado. Ocupación y jugador patológico

Estadístico	Valor	Grabados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,627a	12	0,65
Razón de verosimilitud	11,713	12	0,47
Asociación lineal por lineal	0,019	1	0,89
N de casos válidos	400		

Nota. a. 11 casillas (55,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 26.

A continuación, la tabla 16 muestra la distribución de la *variable juego patológico* por rango de edad de los participantes (discriminados por sexo). Se observó que dicha distribución resultó relativamente equitativa entre los sujetos no jugadores (de ambos sexos) y los sujetos en riesgo, en el rango de edad comprendido entre 18 y 29 años. La diferencia se acentúa en los probables jugadores patológicos de dicho rango etario, ya que se observó un predominio del sexo masculino sobre el femenino. Entre los 30 y 42 años, se ubicó mayor cantidad de mujeres no jugadoras en comparación con los hombres, y más hombres que mujeres probables jugadores patológicos dentro de dicho rango de edad. Lo contrario sucedió en el rango de edad comprendida entre 43 y 54 años, en el que se

ubicaron mayormente sujetos en riesgo de ludopatía o probables jugadores patológicos correspondientes al sexo femenino (tabla 16).

Tabla 16

Tabulación cruzada de sexo, rango de edad y probable jugador patológico

Variable rango de edad y probable jugador patológico		Género	Entre 18 y 29 años	Entre 30 y 42 años	Entre 43 y 54 años	Más de 55 años	Total
No jugador	Sexo del encuestado	Femenino	41	118	75	12	246
		Masculino	48	22	8	3	81
	Total		89	140	83	15	327
Sujeto en riesgo	Sexo del encuestado	Femenino	12	8	11	3	34
		Masculino	10	3	2	2	17
	Total		22	11	13	5	51
Probable jugador patológico (leve)	Sexo del encuestado	Femenino	0	3	3	2	8
		Masculino	4	2	2	0	8
	Total		4	5	5	2	16
Probable jugador patológico (moderado)	Sexo del encuestado	Femenino	0	1	2	1	4
		Masculino	0	1	0	1	2
	Total		0	2	20	2	6
Total	Sexo del encuestado	Femenino	53	130	91	18	292
		Masculino	62	28	12	6	108
	Total		115	158	103	24	404

A continuación, la tabla 17 permite visualizar las posibles correlaciones entre la edad de los sujetos y los puntajes totales obtenidos tras la administración de los instrumentos utilizados (SOGS y Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne – en adelante, escala MC). Como puede observarse en la tabla, no hay correlación entre las variables enunciadas

Tabla 17

Correlación entre la edad y los puntajes SOGS y MC

			Edad del encuestado	Puntaje total en SOGS	Puntaje total en MC
Rho de Spearman	Edad del encuestado	Coefficiente de correlación	1,000	0,600	0,510
		Sig. Bilateral		0,231	0,314
		N	400	400	400
	Puntaje total obtenido en SOGS	Coefficiente de correlación	0,060	1,000	0,126
		Sig. Bilateral	0,213		0,120
		N	400	400	397
Puntaje total en escala MC	Coefficiente de correlación	0,051	0,126	1,000	
	Sig. Bilateral	0,314	0,012		
	N	397	397	397	

Nota. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

Con respecto a la Deseabilidad Social (DS), los puntajes obtenidos por los sujetos se agruparon en tres categorías que, en orden creciente de DS, se clasificaron en: *DS baja*, *DS moderada* y *DS alta* (Figura 14). Se observa en dicho gráfico un porcentaje significativo de sujetos que presentó una tendencia hacia puntuaciones elevadas de DS (68%).

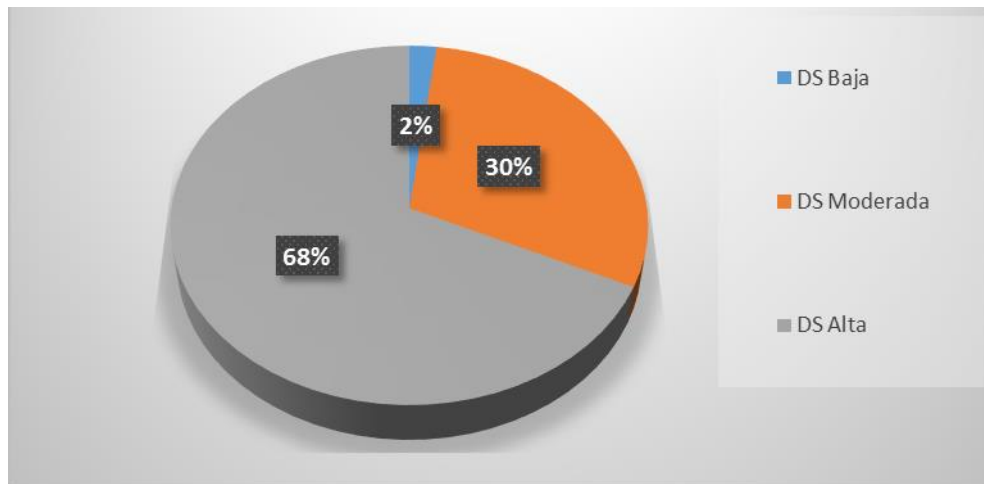


Figura 15. Distribución porcentual Deseabilidad Social (N=397)

Al utilizarse el Coeficiente de Spearman para analizar si hubo correlación entre las variables *DS* y *juego patológico* (tabla 18), se observó que la correlación de Spearman fue de 0,05 (muy baja), por lo que se concluye que no hay correlación entre ambas variables.

Tabla 18
Correlación entre Deseabilidad Social y Jugador patológico

		Deseabilidad Social	Probable jugador patológico
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	0,05
	Deseabilidad Social Sig. Bilateral		0,290
	N	400	400
	Puntaje total Coeficiente de correlación	0,050	1,000
	Obtenido en SOGS Sig. Bilateral	0,290	
	Total N	400	400

La tabla 19 describe la DS de los sujetos en función de la variable *sexo*, hallándose una tendencia, en ambos sexos, a arrojar puntuaciones elevadas de DS (entre moderadas y altas). Un pequeño número de mujeres obtuvo puntuaciones bajas de DS.

Tabla 19

Tabulación cruzada sexo del encuestado y discapacidad social

Estadístico		DS baja	DS moderada	DS alta	Total
Sexo del encuestado	Femenino	8	94	190	292
	Masculino	0	28	80	108
Total		8	122	270	400

Nota. a. 11 casillas (55,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,26

Asimismo, a fin de analizar posibles correlaciones entre las variables sexo y DS, se aplicó la prueba de Chi cuadrado (tabla 20), observándose que, al 0,05 de significación, como el p.valor que arrojó dicho coeficiente fue de 0,10 ($> 0,05$), podría afirmarse que el sexo se presentó como una variable independiente de la DS.

Tabla 20

Pruebas de Chi Cuadrado. Sexo y Discapacidad Social

Estadístico	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,603a	2	0,1
Razón de verosimilitud	6,704	2	0,03
Asociación lineal por lineal	3,649	1	0,06
Número de casos	397		

Nota. a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,18.

Tampoco se hallaron correlaciones entre las variables *ocupación* y *DS*. La tabla 21 permite apreciar una alta tendencia a la DS, independientemente de la ocupación de los sujetos evaluados.

Tabla 21

Tabulación cruzada Ocupación y Discapacidad Social

Ocupación	DS baja	DS moderada	DS alta	Total
Docente	3	49	132	184
Estudiante	0	29	61	90
Empleado privado	0	7	10	17
Empleado público	2	28	47	77
Profesional	3	7	22	32
Total	8	120	272	400

En concordancia con ello, en tabla 22 se observó que no hubo relación entre las variables referidas ($p.\text{valor} = 0,18 > 0,05$).

Tabla 22
Pruebas de Chi Cuadrado. Ocupación y DS

Estadístico	Valor	Grados de libertad	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23,148a	18	0,18
Razón de verosimilitud	21,46	18	0,26
Asociación lineal por lineal	3,209	1	0,07
N de casos válidos	397		

Nota.a. 22 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

A continuación, la figura 15 describe si se observaron diferencias (a nivel medio) entre la edad respecto de los jugadores patológicos y no patológicos.

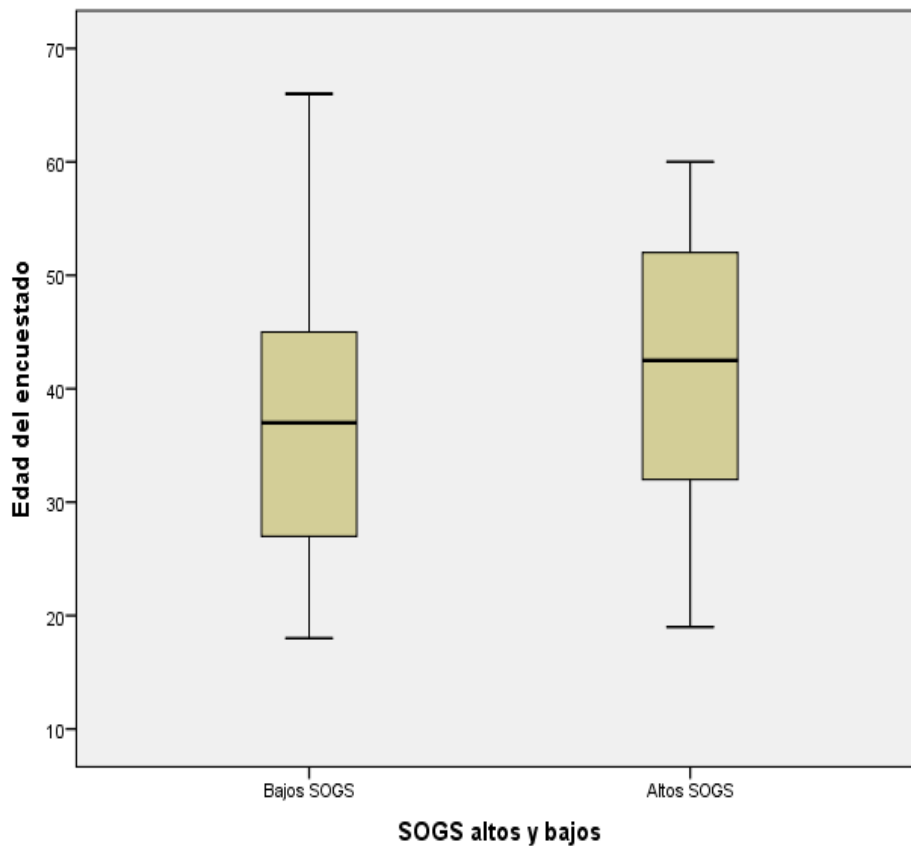


Figura 16. Box plot SOGS Altos y Bajos (N=397)

A continuación, se comparan los altos SOGS con los bajos SOGS, a través de la prueba t para muestras independientes (previo análisis de normalidad y homogeneidad de varianzas entre los dos grupos), la cual arrojó un p.valor de 0,06. Ello indica que hay diferencia significativa al 10% entre SOGS altos y el SOGS bajos, pero no así al 5% de significancia (tabla 23).

Tabla 23

Estadísticos descriptivos de SOGS

	SOGS	N	Media	Desviación estándar	Media de Error Estándar
Edad del encuestado	SOGS bajo	378	36,35	11,39	0,59
	SOGS alto	22	41,05	13,33	2,84

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados en relación al procesamiento estadístico de los datos, a continuación, se realizó el **análisis psicométrico de escala de DS de MC**.

Con ello se persiguió, además, el propósito de comparar los resultados obtenidos por la presente investigación con los arrojados en un estudio previo (Pérez, 2009a), para arribar a convergencias y/o discrepancias.

La tabla 24, permite observar un aumento significativo del Alfa de Cronbach o Kuder Richardson KR20 (fiabilidad de datos dicotómicos), en comparación con el estudio de investigación previo (ya que aumentó de 0,62 a 0,98). Esto indicaría una muy buena confiabilidad del instrumento empleado, el cual fue adaptado a la población de Cuyo, en el trabajo de investigación llevado a cabo por la autora en el año 2009.

Tabla 24

Análisis de Confiabilidad de Cronbach

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,98	21

Como se observa en la tabla 24, el Alfa de Cronbach fue excelente.

La tabla 25 presenta el Alfa de Cronbach individual, es decir, correspondiente a cada ítem de la escala MC.

Dado que las correlaciones y los Alpha de Cronbach individuales son altos, no se justifica eliminar ningún ítem de la escala MC, pues el Alpha de Cronbach no tuvo variaciones en forma general. Considerando que dicho índice resultó excelente, cobra sentido realizar, a continuación, el análisis factorial:

Tabla 25
Análisis de Confiabilidad de Cronbach por ítem

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1) Nunca dudo en dejar mis cosas de lado para ayudar a otro que está en problemas	13,74	215,62	0,87	0,98
2) Algunas veces me es difícil continuar con mi trabajo si no estoy estimulado	14,02	214,65	0,82	0,98
3) En ocasiones, he tenido dudas acerca de mi habilidad para tener éxito en la vida	14	214,55	0,83	0,98
4) Algunas veces me siento mal cuando no puedo encontrar mi camino	13,93	214,73	0,84	0,98
5) Cuando como en casa, mis modales son tan adecuados como cuando como afuera, en un restaurante	13,79	215,689	0,84	0,98
6) Si pudiera entrar en un cine sin pagar y estar seguro de no ser visto, probablemente lo haría	14,4	214,045	0,89	0,98
7) A veces me gusta chusmear	13,83	214,673	0,64	0,98
8) A veces me he rebelado contra personas con autoridad, aunque sabían que estaban en lo cierto	14,24	213,712	0,77	0,98
9) No importa quien me esté hablando, siempre soy un buen escucha	13,73	215,553	0,878	0,98
10) Alguna vez "me hice el enfermo" para evitar algo	14,2	213,754	0,77	0,98
11) En ciertas ocasiones tomé ventajas de alguien	14,38	214,1	0,88	0,98
12) Siempre estoy dispuesto a admitir cuando cometo un error	13,73	215,627	0,87	0,98
13) Siempre trato de practicar lo que predico	13,72	215,687	0,87	0,98
14) Algunas veces trato de vengarme más que perdonar y olvidar	14,41	214,087	0,9	0,98
15) Cuando no sé algo, no tengo problema en admitirlo	13,62	215,981	0,93	0,98
16) Siempre soy amable, aún con personas que son desagradables	13,81	215,284	0,85	0,98
17) Realmente a veces he insistido en hacer cosas a mi manera	13,75	215,452	0,87	0,98
18) Nunca permitiría que alguien sea castigado por mi culpa	13,65	215,873	0,91	0,98
19) Nunca me resiento si me piden que devuelva un favor	13,68	215,636	0,9	0,98
20) Nunca me he molestado cuando las personas expresan ideas muy diferentes a las mías	13,82	215,088	0,75	0,98
21) Nunca hago un viaje largo sin comprobar la seguridad de mi auto	13,77	215,334	0,86	0,98

7.2. Análisis Factorial para la escala MC

Este tipo de análisis permite agrupar las variables en dimensiones que aporten mayor información sobre las variables evaluadas por el instrumento, para luego otorgarle un significado teórico y evidencia a los constructos medidos por la escala. Por este motivo, en primer término, se evaluó la adecuación muestral para la factorización, con el índice de KMO y la Prueba de Bartlett (tabla 26).

Cabe considerar que, para que una muestra sea adecuada, el KMO debe ser superior a 0,60. La prueba de esfericidad de Bartlett permitió analizar el grado de intercorrelación entre las variables y es otro de los criterios utilizados para evaluar si la distribución es factorizable (el grado de significación debe ser inferior a 0,05)

Tabla 26

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,98
	Chi-cuadrado aproximado	10511,53
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	210
	Sig.	,000

Dado que el KMO fue excelente, (Tabla 30: p.valor = $0 < 0,05$), resultó viable realizar un análisis factorial. Además, el estadístico de Kaiser (= 0,98) arrojó un valor muy cercano a 1, lo cual también justificó la pertinencia de efectuar dicho análisis.

El método de extracción de factores empleado (tabla 27) fue el de Análisis de Componentes Principales, el cual permite explicar la mayor cantidad de varianza posible en los datos recogidos. De esta forma, se analizó la varianza total asociada a las variables estudiadas.

La comunalidad de una variable es la proporción de la varianza que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido, es decir, aquí podemos valorar cuáles de las variables son explicadas por el modelo. Para este ejemplo, la única variable que menos aporta fue el ítem 7 (0,49), ya que el modelo solo es capaz de reproducir el 49% de su variabilidad original. Por lo tanto, dado que dicho ítem no resultó relevante para el modelo, se procedió a su eliminación, para luego analizar la confiabilidad del instrumento.

Tabla 27

Método de extracción. Análisis de componentes principales

	Inicial	Extracción
1) Nunca dudo en dejar mis cosas de lado para ayudar a otro que está en problemas	1	0,81
2) Algunas veces me es difícil continuar con mi trabajo si no estoy estimulado	1	0,77
3) En ocasiones, he tenido dudas acerca de mi habilidad para tener éxito en la vida	1	0,74
4) Algunas veces me siento mal cuando no puedo encontrar mi camino	1	0,77
5) Cuando como en casa, mis modales son tan adecuados como cuando como afuera, en un restaurante	1	0,80
6) Si pudiera entrar en un cine sin pagar y estar seguro de no ser visto, probablemente lo haría	1	0,84
7) A veces me gusta chusmear	1	0,50
8) A veces me he rebelado contra personas con autoridad, aunque sabían que estaban en lo cierto	1	0,69
9) No importa quien me esté hablando, siempre soy un buen escucha	1	0,84
10) Alguna vez "me hice el enfermo" para evitar algo	1	0,72
11) En ciertas ocasiones tomé ventajas de alguien	1	0,83
12) Siempre estoy dispuesto a admitir cuando cometo un error	1	0,84
13) Siempre trato de practicar lo que predico	1	0,82
14) Algunas veces trato de vengarme más que perdonar y olvidar	1	0,84
15) Cuando no sé algo, no tengo problema en admitirlo	1	0,89
16) Siempre soy amable, aún con personas que son desagradables	1	0,80
17) Realmente a veces he insistido en hacer cosas a mi manera	1	0,79
18) Nunca permitiría que alguien sea castigado por mi culpa	1	0,87
19) Nunca me resiento si me piden que devuelva un favor	1	0,83
20) Nunca me he molestado cuando las personas expresan ideas muy diferentes a las mías	1	0,66
21) Nunca hago un viaje largo sin comprobar la seguridad de mi auto	1	0,79

Se observó que, tras eliminar el ítem mencionado, no se produjeron variaciones en el Alpha de Cronbach (tabla 28), es decir, éste continuó siendo un índice excelente. Por tal motivo, se procedió a realizar nuevamente el análisis factorial, a partir de la eliminación de dicho elemento:

Tabla 28

Análisis de confiabilidad de Cronbach con extracción

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,98	20

7.3. Análisis factorial tras eliminar el ítem 7

Se observa en la siguiente tabla (tabla 29) que el estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin resultó muy bueno (cercano a 1) y el KMO de Bartlett significativo, por lo que se justifica realizar el análisis factorial, eliminando dicho ítem.

Tabla 29
Método de extracción. Análisis de componentes principales

Extracción ítem 7	Inicial	Extracción
1) Nunca dudo en dejar mis cosas de lado para ayudar a otro que está en problemas	1	0,81
2) Algunas veces me es difícil continuar con mi trabajo si no estoy estimulado	1	0,77
3) En ocasiones, he tenido dudas acerca de mi habilidad para tener éxito en la vida	1	0,75
4) Algunas veces me siento mal cuando no puedo encontrar mi camino	1	0,77
5) Cuando como en casa, mis modales son tan adecuados como cuando como afuera, en un restaurante	1	0,8
6) Si pudiera entrar en un cine sin pagar y estar seguro de no ser visto, probablemente lo haría	1	0,84
8) A veces me he rebelado contra personas con autoridad, aunque sabían que estaban en lo cierto	1	0,7
9) No importa quien me esté hablando, siempre soy un buen escucha	1	0,84
10) Alguna vez "me hice el enfermo" para evitar algo	1	0,75
11) En ciertas ocasiones tomé ventajas de alguien	1	0,83
12) Siempre estoy dispuesto a admitir cuando cometo un error	1	0,84
13) Siempre trato de practicar lo que predico	1	0,82
14) Algunas veces trato de vengarme más que perdonar y olvidar	1	0,84
15) Cuando no sé algo, no tengo problema en admitirlo	1	0,89
16) Siempre soy amable, aún con personas que son desagradables	1	0,8
17) Realmente a veces he insistido en hacer cosas a mi manera	1	0,79
18) Nunca permitiría que alguien sea castigado por mi culpa	1	0,87
19) Nunca me resiento si me piden que devuelva un favor	1	,083
20) Nunca me he molestado cuando las personas expresan ideas muy diferentes a las mías	1	0,66
21) Nunca hago un viaje largo sin comprobar la seguridad de mi auto	1	0,79

A continuación, la tabla 30 muestra que dos componentes (o factores) explicaron el 80% de la varianza.

Tabla 30

Análisis de Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	15,228	76,138	76,138	15,228	76,138	76,138	8,251	42,607	42,607
2	0,780	3,899	80,037	0,780	3,899	80,037	7,486	37,43	80,037
3	0,545	2,732	82,769						
4	0,400	2,002	84,771						
5	0,316	1,581	86,352						
6	0,266	1,331	87,683						
7	0,252	1,258	88,941						
8	0,239	1,195	90,136						
9	0,218	1,092	91,228						
10	0,203	1,016	92,244						
11	0,194	0,970	93,214						
12	0,188	0,941	94,155						
13	0,183	0,914	95,069						
14	0,169	0,844	95,913						
15	0,160	0,802	96,715						
16	0,156	0,779	97,494						
17	0,141	0,707	98,201						
18	0,139	0,696	98,897						
19	0,130	0,648	99,546						
20	0,091	0,454	100,00						

Como se observa en la tabla 31, los ítems 1, 5, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20 y 21 resultaron altamente relacionados con el primer factor (o componente). Los ítems restantes (Ítems 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 14 y 17) correlacionaron altamente con el segundo factor. Asimismo, esto se vio reflejado en el gráfico 16 (a continuación de la tabla 30):

Tabla 31

Matriz componente rotado

	Componente	
	1	2
1) Nunca dudo en dejar mis cosas de lado para ayudar a otro que está en problemas	0,76	0,48
2) Algunas veces me es difícil continuar con mi trabajo si no estoy estimulado	0,43	0,77
3) En ocasiones, he tenido dudas acerca de mi habilidad para tener éxito en la vida	0,49	0,71
4) Algunas veces me siento mal cuando no puedo encontrar mi camino	0,47	0,75
5) Cuando como en casa, mis modales son tan adecuados como cuando como afuera, en un restaurante	0,79	0,41
6) Si pudiera entrar en un cine sin pagar y estar seguro de no ser visto, probablemente lo haría	0,57	0,72
8) A veces me he rebelado contra personas con autoridad, aunque sabían que estaban en lo cierto	0,39	0,74
9) No importa quien me esté hablando, siempre soy un buen escucha	0,8	0,45
10) Alguna vez "me hice el enfermo" para evitar algo	0,33	0,8
11) En ciertas ocasiones tomé ventajas de alguien	0,54	0,74
12) Siempre estoy dispuesto a admitir cuando cometo un error	0,79	0,46
13) Siempre trato de practicar lo que predico	0,76	0,49
14) Algunas veces trato de vengarme más que perdonar y olvidar	0,59	0,7
15) Cuando no sé algo, no tengo problema en admitirlo	0,73	0,6
16) Siempre soy amable, aún con personas que son desagradables	0,79	0,42
17) Realmente a veces he insistido en hacer cosas a mi manera	0,55	0,7
18) Nunca permitiría que alguien sea castigado por mi culpa	0,75	0,55
19) Nunca me resiento si me piden que devuelva un favor	0,71	0,57
20) Nunca me he molestado cuando las personas expresan ideas muy diferentes a las mías	0,73	0,36
21) Nunca hago un viaje largo sin comprobar la seguridad de mi auto	0,72	0,51

Nota 1. La rotación ha convergido en 3 interacciones

Nota 2. Método de extracción: análisis de componentes principales

Nota 3. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser



Figura 17. Componente en espacio rotado

8. Prevención y Concientización

8.1. Etapa de Intervención

A continuación, se describen las actividades preventivas realizadas, las cuales se corresponden con el segundo objetivo general planteado en la presente investigación. Para ello, se planificó e implementó un Programa Psicoeducativo de Prevención Secundaria, en el marco de diferentes proyectos desde los cuales se venía trabajando en la Fundación de Acción Social, en materia de prevención de ludopatía. Para ello, se concretaron una serie de convenios con el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación del gobierno de la provincia de San Luis, a los fines de difundir el Programa de Asistencia a la Ludopatía, vigente desde el año 2008, y promover conciencia social en relación a la temática.

El mencionado Programa Psicoeducativo, incluyó el desarrollo de diversas actividades preventivas destinadas, en principio, a los sujetos de la muestra que fueron identificados como *posibles jugadores problemáticos*.

Tales actividades iniciaron con la puesta en marcha de tres talleres consecutivos, a partir de los cuales surgió, en un segundo momento (y por parte de los mismos participantes), la iniciativa de dictar una serie de charlas de sensibilización y jornadas de capacitación en diferentes sectores de la comunidad de la que ellos mismos formaban parte (áreas de salud, educación, seguridad, justicia, empresas de juego, comunidad en general). Dichas charlas se planificaron en un cronograma que fue desarrollado entre los meses de abril a diciembre de 2015 (ver anexo III), y convocaron a más de 700 personas aproximadamente (variando la cantidad de asistentes según el sector con el cual se trabajó). Su objetivo central estuvo orientado a intervenir desde el Nivel de Prevención Primaria Específica, a fin de sensibilizar y concientizar a la población respecto de la problemática del juego compulsivo, más aún, considerando su importante incidencia epidemiológica en nuestra provincia.

8.2. Programa Psicoeducativo de Prevención Secundaria

8.2.1. Fundamentación teórica y metodológica

Al momento de planificar los talleres, se realizó una revisión bibliográfica sobre trabajos abocados a la prevención de la ludopatía, hallándose una llamativa escasez de investigaciones al respecto. Ello pareciera ser contradictorio con la proliferación de la oferta de juego y el demostrado incremento de dicha patología, tanto nacional como internacionalmente.

Fueron los aportes de Ladouceur y Mireault (1988), los que permitieron orientar algunos ejes de intervención. Dichos autores, al referirse a la prevención del juego patológico, exponen cuatro dimensiones importantes, las cuales se consideraron particularmente al momento de planificar el presente Programa. Tales dimensiones son:

1) *Mejorar los conocimientos de los juegos de azar y del valor del dinero; del juego patológico y sus consecuencias.*

Implica desarrollar una noción realista de los juegos de azar y del dinero. Para ello, se identifican los problemas a los que conlleva el juego compulsivo: necesidad de aumentar la frecuencia o la suma de las apuestas para alcanzar el estado de excitación deseado, preocupación por el juego o por el medio de encontrar el dinero para jugar, pérdidas de importantes sumas de dinero en el juego, problemas en las relaciones familiares a raíz del juego, pérdida de amigos, entre otros.

Las estrategias didácticas que se emplearon para reflejar estos aspectos fueron: exposición de información oral y de material audiovisual sobre la enfermedad en cuestión.

2) *Solución de Problemas para evitar el juego excesivo.*

Se explicaron, en un primer momento, nociones básicas sobre la solución de problemas y su aplicación, ilustrándose por medio de ejemplos las cinco etapas de resolución de problemas planteadas por Shure y Spivac (1982): definición del problema, elaboración de las soluciones posibles, elección de una solución, puesta en práctica de la solución escogida y verificación de su eficacia. Se emplearon estrategias didácticas tales como puestas en escena, exhibición de material audiovisual, entre otras.

3) *Habilidades sociales apropiadas y asertividad.*

Las habilidades sociales se ejercitaron en torno a la capacidad para la conversación. Se trabajó sobre la posibilidad de lograr una manera adecuada para comunicarse con los demás y poder mantener un diálogo. La aserción de uno mismo fue el otro componente importante de este apartado y consistió en alentar a los destinatarios a emitir sus opiniones sin temor a ser juzgados, a poder hacer frente a las presiones de los demás y a saber decir *no*. La representación de situaciones fue uno de los recursos que más se utilizaron con respecto a este apartado.

4) *Modificación del entorno.*

Se trabajó con información sobre el juego y los problemas derivados de él cuando deviene en una conducta compulsiva. Se hizo especial hincapié en comportamientos que, por lo general, se observan en la familia, y que tienden a sostener y/o reforzar la enfermedad adictiva (trabajándose en torno a los conceptos de co-adicción y codependencia).

Este último eje tuvo como objetivo central favorecer el *insigth* de los participantes y, consecuentemente, procurar la modificación de ciertas actitudes y conductas (fundamentalmente provenientes del entorno familiar) que suelen ser desencadenantes y/o reforzadoras de la conducta de juego.

Al finalizar la actividad, se entregó material de difusión, con información sobre el juego patológico, añadiéndose números de contacto de centros de asistencia a la ludopatía, que pudieran resultar de utilidad para los participantes y/o sus allegados.

8.2.2. *Objetivos*

Se formularon los siguientes objetivos:

- **General:**

- Concientizar respecto de las características y consecuencias a las que conlleva el juego patológico, contribuyendo a su detección precoz y su prevención.

- **Específicos**

- Diferenciar juego saludable y juego patológico.
- Informar sobre las etapas del juego patológico y síntomas característicos del jugador compulsivo.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales que previenen los comportamientos adictivos.
- Lograr la participación del entorno familiar, en particular, de aquellos posibles jugadores problema.
- Facilitar el acceso a servicios de asistencia a la ludopatía, en caso de ser requerido.

Informar sobre el procedimiento de autoexclusión vigente en la provincia de San Luis.

8.2.3. *Destinatarios y convocatoria*

Concurrieron a los talleres un total de 153 participantes (91 femeninos y 62 masculinos), de los cuales el 72% correspondió a los sujetos de la muestra seleccionada, y el porcentaje restante incluyó a sus familiares y/o amigos. Resulta oportuno aclarar que la convocatoria inicial se fue ampliando a partir del primer encuentro, del que participaron 110 sujetos pertenecientes a la muestra estudiada. Dicho número fue dividido (aleatoriamente) en tres grupos, constituyendo el 72% del total de los participantes. El porcentaje restante (28%) estuvo comprendido por familiares y amigos de los encuestados que se fueron incorporando a partir del segundo encuentro, motivo por el cual el número inicial de asistentes (110), se incrementó a 153 sujetos en los encuentros subsiguientes.

La convocatoria se realizó a través de las redes sociales (Facebook, correo electrónico), empleando para ello los datos que los sujetos evaluados completaron en el formulario. Al respecto, cabe señalar que, si bien el muestreo fue anónimo, el instrumento administrado (SOGS) contaba con un apartado (optativo) en el que los encuestados podían dejar sus datos de contacto (E-mail, facebook, Etc.) para ser convocados a los talleres preventivos correspondientes a esta etapa de intervención. Dichas cuestiones fueron informadas debidamente, previo a la firma del consentimiento informado.

Con respecto a la ocupación, la mayoría de los asistentes a los talleres pertenecían a áreas de salud pública y educación, habiendo participado otros

empleados de gobierno, estudiantes universitarios, trabajadores independientes y personal del poder judicial de San Luis.

8.2.4. Desarrollo de los talleres

Los talleres fueron dictados en la sede de la Fundación de Acción Social (FAS), situada en la calle Pasaje salta N° 1372, ciudad de San Luis.

El total de sujetos participantes (n=153), fue distribuido en tres grupos de entre 30 y 50 integrantes cada uno, a los fines de optimizar el espacio físico y de obtener una mayor posibilidad de intercambio entre los asistentes. Cabe aclarar que, en el comienzo, los talleres convocaron a un total de 107 sujetos (entre los tres grupos), número que se fue incrementando hasta llegar a 153 asistentes al finalizar el tercer encuentro.

En cuanto a la frecuencia, los talleres se desarrollaron en una secuencia de tres encuentros quincenales consecutivos, de 120 minutos de duración cada uno, los cuales se describen a continuación:

Primer encuentro

Para dar comienzo, se realizó una dinámica de presentación y de intercambio entre los presentes acerca de sus inquietudes y expectativas en relación a los talleres.

Luego, se trabajó con material informativo que se expuso oralmente, con apoyatura audio-visual, abordándose las características típicas de la adicción al juego, sus manifestaciones clínicas y consecuencias. Asimismo, se informó sobre los servicios de asistencia existentes en San Luis, y el procedimiento de autoexclusión vigente en la provincia desde el año 2009. Dicho procedimiento implica solicitar, voluntariamente, que no se permita el ingreso y/o permanencia a las salas de juego de toda provincia, por un periodo de dos años (a partir de la firma del formulario de autoexclusión).

Finalmente, se realizó un debate activo y dinámico entre los asistentes, quienes manifestaron sentirse muy a gusto con el espacio compartido, dado que el mismo les permitió plantear inquietudes y preocupaciones en torno a una problemática para muchos de ellos muy cercana y, al parecer, bastante desconocida. Cabe señalar que un número importante de participantes refirió tener una conducta de juego que, en ocasiones, les ocasionó ciertos problemas económicos y con sus relaciones más cercanas. Otros sujetos manifestaron que no son ellos, sino algún familiar o allegado, quienes presentan este tipo de conductas.

En virtud de lo trabajado en el primer encuentro, la consigna para el próximo consistió en que los participantes comentaran, en su entorno familiar o con sus amistades, aquello que recordaran de lo trabajado en el taller, promoviendo la incorporación de nuevos integrantes a los próximos encuentros.

Segundo encuentro

Se desarrolló con quince días de posterioridad respecto del primero, partiendo de la consigna propuesta. En términos generales, entre los temas

planteados por los asistentes, predominaron el temor a la soledad, la co-adicción familiar, la proliferación de la oferta de juego, la escasez de campañas preventivas. Cabe señalar que fue significativa la incorporación de nuevos integrantes en esta segunda oportunidad (predominantemente familiares y amigos de los asistentes), quienes participaron activamente de la dinámica planteada.

A continuación, se exhibieron escenas de la película *Quebranto*, que refleja con claridad ciertas características y consecuencias de la ludopatía, permitiendo visualizar actitudes y conductas que presentan habitualmente los familiares de los jugadores compulsivos, y que contribuyen a reforzar y/o sostener la patología adictiva.

Cabe destacar que la dinámica planteada favoreció enormemente la capacidad reflexiva de los participantes, quienes se identificaron con diferentes personajes y situaciones planteadas por la película. El film permitió además observar las características del juego patológico en el sexo femenino (dado que la protagonista es una mujer), contribuyendo a desmitificar la difundida idea de que la ludopatía es una patología predominantemente masculina, más aún, teniendo en cuenta la importante incidencia epidemiológica de dicha patología en las mujeres, lo cual ha sido estadísticamente demostrado, fundamentalmente en las últimas décadas.

Tercer encuentro

Se realizó una actividad de cierre de los talleres, en la que cada asistente pudo realizar una valoración y evaluación personal, teniendo en cuenta las expectativas iniciales y los resultados obtenidos a lo largo de los tres encuentros.

En términos generales, se reflexionó en torno a diferentes ejes de análisis que surgieron como emergentes de cada grupo, por ejemplo: la falta de información respecto de la ludopatía; la necesidad de contar con actividades preventivas dirigidas a las poblaciones particularmente vulnerables (adolescentes y jóvenes, mujeres); las actitudes familiares de codependencia y muchas veces de co-adicción, entre otros aspectos importantes. En particular, los asistentes demostraron especial interés en relación a las características emocionales de quienes padecen este tipo de adicción.

Hacia el final, los participantes manifestaron su agradecimiento respecto del espacio brindado, ya que el mismo les permitió generar un vínculo de compromiso entre ellos y con la coordinadora, el cual fue reforzado a lo largo de los tres encuentros consecutivos. Pudo visualizarse que, a pesar de sus diferencias (de edad, sexo, educación, ocupación, situación socio-familiar), los talleres los reunían en torno a un objetivo común.

Otro aspecto que se observó como muy significativo fue el clima emocional advertido en los asistentes, ya que la mayoría de ellos pudo transmitir sus propias vivencias o de algún familiar o persona cercana que pudiera estar atravesando un problema de juego.

El cierre de la actividad estuvo a cargo de pacientes recuperados de juego patológico⁵, quienes ofrecieron su participación voluntaria en los talleres y contribuyeron enormemente, con sus testimonios, a la mayor comprensión y concientización respecto de dicha patología. Con sus relatos favorecieron un clima de apertura y empatía con el resto del grupo, lo cual fue sumamente enriquecedor para todos los presentes.

Antes de retirarse, se les entregó a los asistentes una encuesta de evaluación (anónima) de los talleres desarrollados, instrumento que se estima de gran utilidad con miras a futuras planificaciones e intervenciones en materia preventiva, ya que, entre las sugerencias de los participantes, surgió un importante interés por problemáticas actuales asociadas a otras adicciones sin sustancia, muchas de las cuales aún no están contempladas en los manuales diagnósticos. Cabe mencionar que la totalidad de los asistentes manifestó satisfacción respecto de sus expectativas iniciales, enfatizando en la experiencia de significativo aprendizaje de la cual habían formado parte.

En el marco del Programa desarrollado, se arribó, entre otras conclusiones, a la necesidad de extender las intervenciones preventivas a otros sectores de la población. Dicha iniciativa surgió de la heterogeneidad de los participantes a los talleres, quienes propusieron realizar charlas de sensibilización y concientización en diferentes ámbitos a los que pertenecían (salud, educación, justicia, entre otros). En virtud de ello, se planificó e implementó un Programa de Prevención Primaria Específica, el cual se describe a continuación.

8.3. Programa de Prevención Primaria Específica

8.3.1. Objetivo General:

- Intervenir desde el Nivel de Prevención Primaria Específica, para sensibilizar y concientizar a la población sanluiseña respecto de la problemática de la ludopatía y su importante incidencia epidemiológica.

8.3.2. Objetivos Específicos:

- Generar **protagonismo** permanente por parte de todos los actores sociales involucrados en la temática.
- Desarticular los prejuicios e incorporar **criterios científicos**.
- Favorecer **actitudes comprometidas** para la resolución de conflictos.

8.3.3. Destinatarios y convocatoria

Los destinatarios fueron representantes de distintos sectores de la comunidad (salud, educación, seguridad, justicia, personal de salas de juego,

⁵ Se convocó a ex pacientes de la autora (con el correspondiente consentimiento informado), quienes al momento de realización de la actividad se encontraban en situación de alta terapéutica y seguimiento, por haber concluido el tratamiento de ludopatía.

comunidad en general), habiéndose convocado a más de 700 asistentes en total (entre 30 y 50 asistentes por jornada, variando dicho número en función del área en la que se intervino).

8.3.4. Metodología

En principio, se seleccionaron las diferentes áreas de intervención, estableciéndose un cronograma de trabajo planificado para 10 (DIEZ) meses de duración (de marzo a diciembre de 2015), procurándose destinar alrededor de un mes por sector (ver anexo III). En virtud de la importante necesidad proveniente de los establecimientos educativos, fue necesario destinar más de dos meses consecutivos al trabajo con escuelas, realizándose intervenciones en instituciones de la ciudad capital, como asimismo del interior de la provincia, con una amplia participación de docentes y personal educativo (ver imágenes a continuación).

8.3.5. Análisis de la experiencia de intervención

En principio, resulta factible afirmar que el objetivo inicialmente formulado de aplicar los conocimientos obtenidos para la elaboración e implementación de un Programa Psicoeducativo de Prevención Secundaria, destinado fundamentalmente a la población en riesgo detectada, para promover la concientización respecto de las características y consecuencias de esta patología, fue logrado exitosamente. Más aún, el mismo fue superado en cuanto a las expectativas iniciales y los alcances que posteriormente tuvieron las intervenciones, ya que, además de desarrollarse el mencionado Programa, se trabajó activamente, desde el Nivel de Prevención Primaria Específica, en otros sectores de la comunidad que así lo requirieron. Como ha sido mencionado, las diferentes intervenciones preventivas realizadas, tuvieron un amplio alcance ya que, en suma, convocaron a aproximadamente 900 sujetos (153 participaron en los talleres iniciales y más de 700 en las charlas y jornadas posteriores).

El fundamento inicial de haber optado por estrategias de intervención contempladas dentro de las técnicas de prevención secundaria, se basó en que las mismas abordan la enfermedad en fase incipiente, es decir, aún en un estadio *reversible*, por medio del diagnóstico precoz.

Es así que, por medio de los talleres realizados, se priorizó el abordaje de los posibles *sujetos en riesgo* o en la fase incipiente del juego compulsivo, trabajándose desde el reconocido *enfoque de riesgo*, que apunta a identificar ciertas vulnerabilidades de los grupos sociales con la noción de *factor de riesgo*. El mismo fue definido por la OMS como una circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, como una enfermedad o un hábito (en el presente estudio, de juego excesivo y/o compulsivo). Los factores de riesgo se asocian a la posibilidad de desarrollo de una enfermedad, pero no son suficientes para provocarla, como pueden ser las situaciones de duelo, la soledad, el excesivo tiempo libre, la escasez de oportunidades (laborales, académicas, sociales, etc.), la impulsividad, la baja autoestima, entre otros aspectos que podrían considerarse en la base de las patologías adictivas u otros trastornos mentales.

Como es sabido, las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños, encuentran a veces en el sujeto una especie de *escudo* (resiliencias), por lo que dichas fuerzas no actúan tan linealmente como influencias negativas, sino que se transforman en un desafío que puede, incluso, llegar a ser un factor de superación.

En virtud de ello, entre los ejes temáticos que se abordaron en los talleres, se consideraron, no sólo en los factores de riesgo y las circunstancias que pueden desencadenar una conducta de juego compulsivo, sino también aquellos aspectos positivos que constituyen factores *resilientes*, lo cual va unido a una jerarquización de las acciones de promoción de la salud y a la búsqueda de intervenciones o actividades que, en lugar de evitar daños específicos, tienden a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos.

Desde esta segunda línea de intervención (complementaria al enfoque de riesgo), se emplearon técnicas de resolución de problemas que apuntaron a que los participantes pudieran representar, a partir del *role playing*, diferentes situaciones cotidianas que, en ocasiones, desencadenan conductas de juego, y que constituyen, tal como ellos mismos lo expresan *la excusa perfecta* para ir a jugar. Se observó que dichas situaciones se asociaron, más que al placer por el juego en sí mismo, a circunstancias displacenteras ante las cuales los sujetos con problemas de juego carecen de estrategias de afrontamiento adecuadas, advirtiéndose una significativa dificultad en ellos para expresarse emocionalmente. Esto conduce a pensar en una de las acepciones de vocablo *adicción*, referida a lo NO dicho, por lo que resulta posible inferir que estos sujetos canalizan por medio de actos impulsivos aquello que no pueden expresar emocionalmente, es decir, aquello que no pueden poner en palabras.

Es menester destacar que las intervenciones realizadas desde los diferentes niveles preventivos, se basaron en los planteamientos teórico-metodológicos de la especialista Graciela Touzé, quien entiende la prevención en términos de *promoción* (de alternativas, de protagonismo, de fortalecimiento de redes sociales); y afirma: la trama social se fortalece o se debilita en una *acción conjunta*, no es una acción redentorista de unos hacia otros, sino una elaboración común, solidaria. Cuando construimos un proyecto en común, todos los que participamos disfrutamos de sus logros y aprendemos de sus fracasos (Touzé, 2010).

Partiendo de dicha base teórica, las actividades preventivas implementadas se orientaron al trabajo en red intra e inter institucional, adhiriendo al modelo de *prevención integral* (formulado por la citada autora); desde el cual, si bien se reconoce el valor de la información, se enfatiza en la capacidad reflexiva en torno a la información, y cómo la misma se articula con las propias vivencias. Para ello, es fundamental promover espacios de escucha, para construir una red social con capacidad de recepción, contención y respuesta (Touzé, 2010).

En base a ello, los objetivos transversales que guiaron las intervenciones fueron los siguientes:

- Generar *protagonismo* permanente por parte de todos los actores sociales involucrados en la temática.

- Desarticular los prejuicios e incorporar *criterios científicos*.
- Favorecer *actitudes comprometidas* para la resolución de conflictos.

De este modo, se pretendió priorizar lo formativo por sobre lo informativo, promoviendo la *acción reflexiva*, dado que no se considera a los individuos como *objeto* de la prevención sino a la comunidad toda como *sujeto* de la prevención (Touzé, 2010).

Un aspecto muy significativo que surgió de los talleres consistió en que un número considerable de concurrentes solicitó información adicional acerca de servicios de asistencia a la ludopatía, habiéndose manifestado un particular interés (por parte de algunos de ellos) de realizar una consulta profesional, ya sea para asesoramiento (personal o de algún familiar), o bien para iniciar tratamiento por problemáticas asociadas al juego problemático. Otros individuos se interiorizaron en los requisitos para realizar la autoexclusión, la cual, si bien no constituye la *solución mágica* ante un problema tan complejo, sí daría cuenta de cierto *insight* (por parte de quien la solicita) respecto de la falta de control sobre su propia conducta de juego y, por ende, la consecuente necesidad de pedir ayuda externa para prevenir su progresión.

Por otra parte, se considera que las actividades grupales desarrolladas propiciaron en los asistentes la puesta en marcha de recursos personales a partir de la interacción con otros, promoviendo con ello el *saber hacer* para prevenir. Tal como lo plantea Touzé (2010), las técnicas desarrolladas en grupos, que favorecen la interacción a través de (por ejemplo) el juego de roles, son una estrategia muy valiosa para producir cambios en las actitudes y en la intención de las conductas.

Finalmente, se considera sumamente enriquecedor el haber observado que, por medio de las diferentes intervenciones realizadas, se brindó un espacio en el que los diversos participantes (jugadores, no jugadores, familiares, amigos, vecinos, profesionales, docentes, personal de salas de juego), pudieron expresarse en relación a experiencias personales vinculadas, de algún modo, a la problemática del juego. Esto fue posible gracias al *compromiso* y *vínculo de confianza* establecido entre ellos desde el primer encuentro, advirtiéndose una necesidad manifiesta, en particular por parte de los sujetos con algún grado de afectación con el juego, de sentirse escuchados y comprendidos en relación a su problemática. Más aún, la mayoría de los individuos que reconoció tener una conducta de juego excesivo o inmoderado, se comprometió ante el grupo a *blanquear* la situación en su entorno más cercano, habiendo recibido estos casos un particular acompañamiento y seguimiento a posteriori del dictado de los talleres. Se considera que ello fue posible, dado que los sujetos encontraron en el grupo un espacio donde primó el respeto y la identificación con otros individuos que funcionaron a modo de *espejo* en el que pudieron reflejar sus propias conflictivas, como, asimismo, manifestar su necesidad de ayuda a partir del establecimiento de vínculos sólidos, tal como lo plantea Zygmunt Bauman (2005), en un escenario líquido, de flujo rápido e impredecible, necesitamos más que nunca lazos firmes y fiables.

9. Discusión

A partir de los años de experiencia de trabajo abocado al abordaje (clínico, investigativo y preventivo) de la ludopatía, se fue intensificando el interés personal y profesional de profundizar en el conocimiento de dicha patología, ampliando el campo de investigación a la comprensión, no sólo de los factores individuales y/o familiares que convergen antes, durante y después de su desarrollo, sino también aquellos aspectos que, desde el punto de vista social, ejercen una importante influencia en los jugadores (sean éstos sociales, problema o patológicos) y, por ende, en la comunidad de la que forman parte.

En virtud de la escasez de estudios epidemiológicos en relación al juego patológico y, más específicamente, al juego problema, la motivación inicial estuvo abocada a la tarea de realizar un relevamiento estadístico que resultara de utilidad para la población sanluiseña, a fin de planificar (y o mejorar) estrategias de intervención contextualizadas, tanto desde el enfoque preventivo como asistencial.

Al respecto, Brizuela y Cía (2008) plantean que un requisito indispensable en la investigación del juego patológico consiste en la posibilidad de contar con datos epidemiológicos que permitan distinguir a la población en riesgo de padecer la enfermedad, como, asimismo, identificar cuáles son los riesgos vinculados a la problemática del juego, a fin de que los mismos sean contemplados en las políticas de salud pública. Dichos especialistas ponen de relieve la escasez de este tipo de estudios estadísticos en Argentina (y otros países latinoamericanos), en comparación con el resto del mundo.

Por ello, uno de los objetivos generales de la presente investigación consistió en realizar un estudio exploratorio para detectar sujetos en riesgo de padecer adicción al juego en la Ciudad de San Luis, persiguiendo (entre otros propósitos) el de intervenir con estrategias preventivas acordes a sus peculiaridades y contribuir a la concientización social en relación a la ludopatía, patología de aún escaso conocimiento y difusión en nuestra comunidad. Asimismo, se pretendió facilitar y mediatizar el pedido de ayuda de aquellos sujetos que reconocieron tener una conducta de juego problemático, con el consiguiente deterioro individual, familiar y social al que dicha situación conlleva.

En términos generales, fue posible afirmar que los resultados obtenidos son coincidentes con los hallados por diversos expertos en la temática, habiéndose advertido, no obstante, ciertas discrepancias que pueden guardar relación con las peculiaridades de la muestra estudiada, la cual fue intencional y sólo representativa de la ciudad de San Luis capital. Se considera que los datos obtenidos resultaron de gran utilidad, dado que permitieron realizar intervenciones eficaces para el logro de los objetivos inicialmente formulados, constituyendo además un importante aporte para nuestra provincia, que posiblemente motivará futuras investigaciones.

Como se ha mencionado en el desarrollo teórico, el juego problema se sitúa entre el juego social (que abarca más del 95% de la población) y el juego patológico. Este último, según los diversos estudios realizados, oscila entre el 1,5% y el 2,5% de la población general, en función de referencias y localidades. Asimismo, es sabido que los jugadores problema duplican o triplican a los que podrían considerarse jugadores patológicos, representando entre un 3 % y un 4,5 % de la

población general, porcentaje al que habría que añadirle el proveniente del entorno cercano al sujeto que, en ocasiones, también se ve comprometido con el juego. Por lo tanto, hablamos de un importante número de individuos que, directa o indirectamente, se ven afectados por el juego problemático, y de los cuales no contamos con cifras exactas.

De la muestra seleccionada (n= 400), el 82% de los evaluados se ubicó entre las categorías de *no jugadores* o bien *jugadores sociales*, es decir, aquellos que, según la nomenclatura establecida por el National Research Council (1999), se encontrarían, respectivamente, en el Nivel 0 (no jugadores) y Nivel 1 (Juego Saludable, Social o Recreativo). El 13% de los sujetos (67% mujeres y 33% hombres) correspondió al Nivel 2, de juego inmoderado, constituyendo la categoría de *jugadores en riesgo* o *jugadores problema*, mientras que el 5% restante (54,5% mujeres y 45,5% hombres) se incluyó en el Nivel 3, es decir, el de posibles jugadores patológicos.

Teniendo en cuenta que el Nivel 4 incluye a los jugadores que buscan ayuda por problemas de juego (más allá del grado de estrés o afectación que estén padeciendo), no fue posible obtener dicho porcentaje a partir de la aplicación del instrumento utilizado (SOGS). No obstante, el mencionado nivel podría inferirse, de modo indirecto, a través de los sujetos que participaron voluntariamente de los talleres preventivos desarrollados en la Etapa de Intervención, dado que, del total de asistentes a los talleres (153 sujetos), el 15% solicitó la derivación a servicios de asistencia, ya sea para asesoramiento o bien para comenzar tratamiento por problemas de juego problemático. En la mayoría de los casos referidos, fueron los familiares quienes solicitaron dicha derivación.

Comparativamente con otras investigaciones, al compilar los estudios que reunían los requerimientos mínimos de rigor metodológico y recolección de los datos necesarios, Shaffer et al. (1996), comprobaron que el 94,7% de la población había jugado (Nivel 1), el 3,85 % eran jugadores del Nivel 2, y el 1,6% correspondían al Nivel 3 (jugadores patológicos). Por consiguiente, sumando la tasa combinada de los Niveles 2 y 3 de juego, obtuvieron un 5,4%, lo que significa que uno de cada veinte individuos tuvo algún grado de afectación por el juego a lo largo de la vida, lo cual es coincidente con el 5% de posibles jugadores patológicos que se obtuvo en la presente investigación. Asimismo, la suma de los niveles 2 y 3 arrojó un porcentaje del 13%, lo cual significaría que, de la muestra seleccionada, aproximadamente uno de cada siete individuos presentaría cierta problemática asociada al juego, cifra altamente preocupante en comparación con otros estudios científicos.

Más aún, dicho porcentaje (13%) cobra especial relevancia si consideramos que el mismo engloba a aquellos jugadores que se encuentran en situación de riesgo de desarrollar ludopatía, quienes por lo general no suelen acudir a tratamiento, dado que las consecuencias del juego aún no los *obligan* a hacerlo. Por ello, se considera fundamental intervenir precozmente en este nivel de juego (juego problema), con iniciativas preventivas que apunten a concientizar a dicho grupo poblacional, a fin de evitar que se desencadene la patología adictiva, de la cual el camino inverso es muy difícil.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra estudiada, del análisis correlacional se desprendió que existe un grado de dependencia (aunque bajo) entre las variables *juego patológico* y *escolaridad*. La mayor cantidad de sujetos jugadores (ya sea jugadores problema o posibles ludópatas) se distribuyó entre las categorías *secundario*, *terciario* y *universitario incompleto*. Lo hallado, podría guardar algún tipo de relación con ciertos rasgos de personalidad asociados a la impulsividad y la tendencia a *dejar las cosas sin concluir*, aspectos que son patognomónicos de la ludopatía. Al respecto, Fernández Montalvo y Echeburúa (2006), realizaron un estudio cuyos resultados reflejaron la prevalencia de una importante tendencia a la impulsividad en los jugadores compulsivos. Al igual que ocurre en otras investigaciones (Blaszczynski et al., 1997; Steel y Blaszczynski, 1998), el constructo de impulsividad adquiere una gran relevancia en la conceptualización del juego patológico e, incluso, en el desarrollo de técnicas específicas de tratamiento para este cuadro clínico. Según los citados autores, el perfil de los jugadores es el de personas impulsivas, con escasa sintomatología ansioso-depresiva, pero con una tendencia hacia otras conductas adictivas y a presentar problemas de adaptación a la vida cotidiana.

Por otro lado, se halló que la ocupación y el juego patológico son variables independientes, lo que permite inferir que la ludopatía afecta de igual manera a todas las clases sociales, resultando independiente de la situación socio-económica y la actividad laboral del sujeto que la padece. Coincidentemente, un estudio llevado a cabo en el Hospital Álvarez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, realizó un relevamiento estadístico (Calero, 2005) a 200 pacientes que concurren a tratamiento por problemas asociados al juego compulsivo. Entre sus conclusiones, se halló que el nivel socioeconómico al que pertenecían los sujetos, tanto mujeres como hombres, era de clase media, no encontrándose correlación alguna entre dicha variable y el juego patológico.

A nivel internacional, estudios similares llevados a cabo en EE. UU. (Lesieur, 1988) han revelado un incremento de la patología del juego, en simultáneo al crecimiento del número de apuestas en el juego legalizado. Esto se detalla como una afección a la población en general, independientemente del sexo, raza, cultura y nivel socioeconómico (Russell y Leffan, 1993).

Por otra parte, los datos obtenidos permiten inferir que el juego patológico es relativamente independiente de la variable *sexo*, ya que, al comparar la cantidad de sujetos masculinos con la de femeninos, se advirtió un mayor riesgo y probabilidad de ludopatía en los hombres, más aún, considerando que éstos constituyeron menos de la mitad de los sujetos de la muestra. Lo antes explicitado, daría cuenta de una mayor incidencia epidemiológica de la ludopatía en el sexo masculino, lo cual resulta congruente con los datos aportados por Volverg y Steadman (1988), que indican una proporción de dos hombres por cada mujer que padecen y consultan por esta problemática. Estudios epidemiológicos realizados en España confirman dichos resultados (Becoña Iglesias, 1996).

En cuanto a las edades por sexo, también se observó mayor tendencia de los hombres hacia al juego patológico, en rango de edades más tempranas en comparación con las mujeres. El mayor porcentaje de sujetos masculinos en riesgo

de padecer ludopatía (o bien probables jugadores patológicos) se ubicó entre los 18 y 30 años, advirtiéndose el riesgo para la población femenina en edades más tardías.

Resultados similares se obtuvieron en investigaciones llevadas a cabo en nuestro país (Calero, 2005; Pérez, 2009b), las cuales mostraron que, en los hombres, la edad de inicio en el juego oscila entre los 15 y 20 años, y en las mujeres más tardíamente, entre los 30 y 40 años.

Los datos consignados se corresponden con una gran variedad de estudios que plantean que, en los últimos tiempos, ha habido una disminución de las edades de inicio en los comportamientos adictivos, incluido el juego compulsivo. Hasta no hace mucho tiempo, la edad promedio de comienzo en el juego problemático se situaba entre los 32 y 34 años en los hombres, siendo más tardía en las mujeres. Sin embargo, a nivel nacional, la investigación realizada por Calero en el año 2005, arrojó que la edad de inicio de la población que acudía a tratamiento por problemas de adicción al juego oscilaba entre los 15 y los 20 años, con mayor prevalencia del sexo masculino.

En cuanto a la precocidad de las edades de inicio, cabe destacar que, tanto en Argentina como en otros países, son numerosos los estudios que identifican la adolescencia como etapa de particular riesgo (APA, 1980; Custer, 1984, Dubuc et al., 2010). En la cuarta parte de los pacientes referidos en los estudios mencionados, el inicio del juego compulsivo tuvo lugar antes de los 20 años.

Una investigación realizada en España con estudiantes del nivel secundario, empleando el cuestionario SOGS-RA (cuestionario SOGS Revisado para Adolescentes), encontró que el 86,1% no tenía problemas de juego, un 8,2% eran jugadores en riesgo, y un 5,6% jugadores problema, de los cuales el 10,4% eran hombres y el 1,6% mujeres (Becoña Iglesias et al., 2001). Los resultados permiten observar, nuevamente, el predominio masculino sobre el femenino en relación a la población en riesgo de padecer esta enfermedad, como, asimismo, la peculiar situación de vulnerabilidad que presentan los adolescentes.

Otro ejemplo de ello, deriva de un estudio llevado a cabo en Canadá (Ladouceur y Mireault, 1988), el cual arrojó una alta tasa de juego patológico en menores de 30 años, ya que, según los datos relevados, el 41,6% de los jugadores patológicos y jugadores problema tenía entre 18 y 30 años.

En congruencia, los resultados obtenidos por la presente investigación, sitúan la mayor cantidad de jugadores problema en el mencionado rango etario (entre 18 y 30 años). Esto implica un comienzo precoz de la conducta de juego ya que, como es sabido, suelen transcurrir varios años desde el inicio hasta el desarrollo (y/o manifestación) de una patología adictiva. La edad promedio de los consultantes por problemas de juego es mucho más tardía a su inicio, y se ubica, en promedio, alrededor de los 45 años (Petry y Oncken, 2002; Stinchfield, 2001), ello nos habla de una importante demora en la toma de conciencia del problema y, por ende, en la consecuente necesidad de pedir ayuda.

Estudios de Shaffer et al. (1996) identificaron una alta incidencia del juego problema y del juego patológico en adolescentes (9,5% y 3,9% a lo largo de la vida,

respectivamente), y en estudiantes universitarios (9,7% y 4,7%, respectivamente), que duplica o triplica a las cifras obtenidas en adultos mayores. Dicho incremento se ha acentuado en los últimos años, por la posibilidad de practicar el juego on-line, y a través de la telefonía celular.

Ello complejiza aún más el problema, ya que en la actualidad existe información creciente respecto de conductas de juego inmoderado sin que medie la situación de apuesta. Es el caso de los juegos a través de las nuevas tecnologías (consolas de videos, internet, telefonía móvil), llamados juego on-line. La proliferación de estos tipos de juegos, junto con las aceleradas innovaciones tecnológicas, diversifica enormemente la oferta de juegos y facilita su acceso. Hoy, se puede jugar en lugares abiertos al público como bingos y casinos, y en los últimos años ha aumentado la posibilidad de jugar también en ámbitos de la vida privada de los sujetos, especialmente, a través de los celulares y los juegos por Internet, que parecieran más habituales entre los jóvenes y adolescentes.

Nos encontramos nuevamente ante situaciones de especial vulnerabilidad en la adolescencia, etapa ya de por sí crítica en el desarrollo evolutivo. Al respecto, países como España, han comenzado a prestar mayor atención a esta población y, gracias a importantes estudios como el de Arbinaga (2000) sobre menores de 18 años, se ha descubierto una incidencia del 2,86% de jugadores patológicos y del 6,7% de jugadores problema.

Según una investigación realizada por Villoria López (1999) en la comunidad universitaria de Madrid, el 80% de los estudiantes universitarios juegan dinero con mayor o menor frecuencia, existiendo un 4,4% de probables jugadores patológicos, y un 6,6% de universitarios considerados jugadores problema, siendo hombres la gran mayoría.

En base a los antecedentes referidos (que son coincidentes con los datos hallados), se considera particularmente relevante realizar campañas preventivas y de promoción de salud. Cuyos destinatarios sean los estudiantes secundarios y universitarios, con el objeto de concientizarlos respecto del juego patológico y sus riesgos, asimismo, brindarles herramientas para la detección precoz y la derivación a centros de asistencia especializados, en caso de ser necesarios.

Se torna prioritario, entonces, prestar especial atención a estas poblaciones vulnerables, más aún si consideramos el impacto subjetivo que sobre ellas tiene la sociedad de consumo actual. En este sentido, resulta importante tener en cuenta los diferentes objetos de consumo que despiertan interés fundamentalmente en los jóvenes, ya que la búsqueda y la construcción de la identidad juvenil está íntimamente relacionada con el ámbito recreativo y con el consumo de, por ejemplo, la música, la indumentaria, así como también las drogas, el juego, entre otros.

A identificaciones líquidas, adicciones sólidas, fue el título que Ernesto Sinatra eligió para un trabajo muy representativo de esta época. Para el autor, en tiempos en los que nada parece perdurar y donde reina la demanda de reinventarse cada día, dejando atrás antiguas marcas, en tiempos tan bien caracterizados por Heidegger como *ávidos de novedades y ansias por lo nuevo*, las adicciones no

siguen tal orientación. Según Sinatra (2014), las adicciones son muy difíciles de remover, se fijan y no cambian, en contraste con los lazos sociales que resultan a menudo muy efímeros.

Lo *liquido* devino ya una denominación conocida a partir de los trabajos en los que Bauman (2012) calificó así a nuestros días, en su libro *Amor Líquido*. Donde plantea la extrema fragilidad de los lazos humanos en la sociedad actual, en la que la gente tiene una gran avidez por estrechar vínculos pero, al mismo tiempo, desconfía de una relación duradera por el compromiso subyacente; motivo al que podríamos añadirle otros, como el temor al abandono, la soledad, que en ocasiones conducen a que el sujeto se aferre a objetos (drogas, juego, alcohol, etc.) con los que establece una relación patológica, con la *ilusión de control* que la convierte, a modo de autoengaño, en la *relación ideal* (aunque al mismo tiempo frustrante). Tal como lo describió un ex paciente: *la máquina (tragamonedas) no te deja, no te reclama, no te abandona*.

Vivimos en una sociedad en la que prima la inmediatez, por lo que el imperativo se vuelca hacia un presente sin espera, tal como lo afirma Silvia Ons (2016) la temporalidad unida a la velocidad que, paradójicamente, produce un agotamiento del tiempo; tiempo que se considera *sagrado* y que al mismo tiempo *se mata* porque no se tolera la espera, el silencio que obliga a pensar; según lo expresado por pacientes adictos al juego: *La velocidad no te deja pensar en otra cosa que en la próxima apuesta*.

Adès y Lejoyeux (2003) postulan que reconocemos fácilmente (incluso cuando lo disimulan) a los toxicómanos, a los alcohólicos o a los fumadores, pero que es más difícil identificar a los jugadores compulsivos, cuya *silueta* es más desdibujada, poco destacada del fondo de las distracciones alentadas por las sociedades de consumo y placer.

Lo planteado, conduce a hipotetizar respecto de una posible relación entre el juego patológico y la Deseabilidad Social (DS), tema que además constituyó uno de los ejes de análisis del presente estudio. Si bien los resultados obtenidos no arrojaron correlación entre ambas variables, por lo que la tendencia a mostrar una imagen socialmente aceptable no se relacionaría con la posibilidad de ser (o no) jugador patológico; no obstante ello, se observó una prevalencia de puntuaciones elevadas de DS en los sujetos evaluados (casi el 70% de los encuestados presentó una DS alta), con un incremento muy importante de dicha variable en aquellos individuos cuyos puntajes permitieron clasificarlos como probables jugadores problema o jugadores patológicos.

A partir de dichos resultados, podría inferirse que ambas variables guardan algún tipo de relación, hipótesis que además encuentra sustento teórico a partir de las formulaciones de Milán (2015), quien plantea que, en los pacientes adictos, la mentira cumple, no sólo la función de ocultar la verdad, sino también la de presentar una impresión favorable ante los otros. La mencionada autora agrega que, frente a los vacíos de sentido que el silencio o los malentendidos producen, algunos pacientes dicen que solo la capacidad para mentir a tiempo los salva de la discontinuidad de la historia vivida.

En congruencia, Michaelis y Eysenck (1971) plantearon que la tendencia a *disimular* o a *quedar bien* se acentuaría cuando la motivación para hacerlo fuese alta. Por su parte, Adès y Lejoyeux (2003) afirman que, en la sociedad lúdica en la que vivimos, todo concurre a crear la esperanza de las *fortunas fáciles*; aseverando que el futuro del jugador está lleno de ilusiones.

Por lo tanto, resulta posible pensar que la noción de mentira relacionada con la adicción se establece como alternativa para evadir el dolor, para eludir la frustración, para distorsionar una realidad frustrante, dolorosa o considerada injusta.

Como se ha mencionado, y a modo de síntesis respecto de este eje de análisis, aún queda mucho por investigar sobre la posible relación entre la DS y el juego patológico, en virtud de la escasez de antecedentes científicos que permitieran comparar los resultados hallados con los de otros investigadores. No obstante, los presentes aportes pueden resultar de interés e incentivar futuras líneas de investigación abocadas, por ejemplo, a realizar estudios comparativos entre pacientes ludópatas y no ludópatas, con el objeto de evaluar cómo se comporta la variable DS en ambos grupos. A partir de ello, y en base a lo planteado por Marlowe y Crowne (1964), se puede inferir que la Escala de DS puede resultar de utilidad para predecir rasgos psicopatológicos, como podría ser el caso de la ludopatía u otros trastornos mentales.

Por otro lado, en cuanto al análisis de la consistencia interna del mencionado instrumento (Escala de DS de Marlowe y Crowne), cabe destacar que, al comprar el análisis factorial de la investigación actual con el realizado por la autora en un estudio precedente (Pérez, 2009a), se observó que los resultados son coincidentes al arrojar, en ambas investigaciones, dos factores que explican el mayor porcentaje de la varianza.

Se observó que, en términos generales, los resultados obtenidos en ambos estudios psicométricos convergen, encontrándose además que, según los datos arrojados por el presente análisis, el Alfa de Cronbach aumentó considerablemente respecto del estudio previo (de 0,62 a 0,98). Asimismo, fue posible comprobar que el mencionado índice de confiabilidad no sufría modificaciones si se eliminaba un ítem de la escala que presentó baja carga factorial (ítem 7 = A veces me gusta chusmear). Por lo tanto, el instrumento original de 33 ítems (Crowne y Marlowe, 1960), reducido en el año 2009 a 21 ítems (Pérez, 2009a), quedó finalmente conformado por 20 ítems, en su versión actual (ver anexo II), conservando su validez y consistencia interna.

Adentrándonos en la recta final del trabajo, surge la necesidad de reflexionar sobre el impacto subjetivo que tienen la publicidad y el discurso capitalista imperantes en la sociedad de consumo actual, en particular, sobre los sujetos en quienes el juego se torna una conducta problemática.

Entre los siglos XIX y XXI se produjo una proliferación de lugares destinados al juego, que fue consecuencia directa de la injerencia de dicho discurso en las sociedades, ya que el *juego* pasó a ser un objeto más en la serie de *los objetos* aptos para el consumo.

Podemos observar, por ejemplo, que en gran parte de América Latina hay una verdadera promoción del juego. En algunos casos, se difunde como modo de diversión al que *todos* pueden acceder, haciendo referencia a un *universal* de entretenimiento, que encuentra legalizado su consumo.

Por otro lado, asistimos en nuestra época a la decadencia de la función de los ideales que, otrora, orientaban las subjetividades y suponían una posible relación del sujeto con sus objetos de satisfacción. Dado que el estado actual de la civilización no se establece a partir de dicho lineamiento, el sujeto queda sin la *brújula* que esto le proporcionaba.

En este tiempo, surge la ilusión de que sería posible alcanzar una *satisfacción para todos*, con la idea de que existe una garantía de distribución igualitaria.

Por lo tanto, el imperativo capitalista empuja al consumo, quedando el sujeto como dividido sólo para que el vacío sea llenado por los objetos que ofrece el mercado. Los objetos pierden casi inmediatamente su valor de uso, y entonces se ubica allí la particular relación sujeto-objeto.

Como se ha visto, en el juego de azar (al igual que sucede con otros objetos que generan algún tipo de satisfacción subjetiva) se puede producir una relación patológica en referencia a su uso, que puede ser considerada tóxica al modo de la toxicidad asociada al consumo de una sustancia (aunque, cabe aclarar, no es del mismo modo).

La compulsión por el juego, depende del tipo de relación que un sujeto establece con dicho objeto; es decir que obedece al modo de vínculo singular con ese objeto, una forma de relación patológica, que constituye una posible vía de *autocastigo*.

Por otra parte, en esta sociedad consumista, la publicidad ha adquirido un rol crucial. Vivimos inmersos en un mundo saturado de publicidad: está en la televisión, en el cine, en la calle, y nos influye inevitablemente. Puede cambiar nuestro comportamiento o nuestro modo de pensar y, para ello, *juega* con la palabra clave de nuestra razón de ser: el deseo. Las *falsas necesidades* son promovidas por una maquinaria publicitaria que, a su vez, se encuentra al servicio del nuevo sistema tecno-comercial. La publicidad, entonces, busca crear necesidades, no llenarlas, busca generar nuevas ansiedades en lugar de aliviar las antiguas.

Parafraseando las palabras del sociólogo y filósofo Zygmunt Bauman (2005), en esta sociedad de consumo, lo que empieza como una necesidad debe convertirse en una compulsión o en una adicción. Y en eso se acaba transformando, gracias a que el impulso de buscar en los comercios (y sólo en los comercios) soluciones a los problemas y alivio para el dolor y la ansiedad, es un aspecto de la conducta cuya materialización en hábito, no sólo está permitida, sino que es activa y vehementemente alentada.

Fueron necesarios más de dos milenios desde que los sabios de la antigua Grecia inventaron el concepto de *paidea* para que la idea de *educación a lo largo de toda la vida* pasara de ser un contrasentido a convertirse en un pleonismo.

Más concretamente, en el *contexto moderno líquido* (Bauman, 2005), para ser de alguna utilidad, la educación y el aprendizaje deben ser continuos e, incluso, extenderse toda la vida. “No es concebible ninguna otra forma de educación y/o aprendizaje; es impensable que se puedan “formar” personas o personalidades de otro modo que no sea por medio de una re-formación continuada y eternamente inacabada” (p. 158).

Por lo tanto, a la luz de los procesos de fragmentación y segmentación, y de la creciente diversidad individual y social, Dominique Simone Rychen (2004) propone que el fortalecimiento de la cohesión social y el desarrollo de un sentido de conciencia y responsabilidad social se han convertido en objetivos sociales y políticos fundamentales.

Como se ha señalado en párrafos anteriores, aún queda mucho por investigar y mucho más por hacer. Teniendo en cuenta que los jugadores que se encuentran en la fase incipiente de la ludopatía (y que según se ha comprobado duplican o triplican a los jugadores patológicos), raramente solicitan ayuda por su situación y, más aún, que dicha categoría (la de *juego problema*) aún no se incluye en los manuales diagnósticos, se torna indispensable educar y sensibilizar a la población al respecto, ofreciendo información adecuada, confiable y precisa, e interviniendo (específica e inespecíficamente) en diferentes sectores de la comunidad, con estrategias preventivas contextualizadas y acordes a los objetivos que se persigan.

10. Conclusiones

La importancia y alcance de los trastornos adictivos es frecuentemente destacada por los estudiosos de estos fenómenos que, a partir de las cifras actuales y a la vista de su tendencia creciente, llegan a aventurar con casi toda seguridad, como planteaba Becoña Iglesias y Cortes Tomás (2011) que las conductas adictivas van a constituir el primer problema de salud mental del siglo XXI, por su extensión, número de personas afectadas, problemas asociados, morbi-mortalidad, entre otros aspectos.

Diversos estudios epidemiológicos indican una alta prevalencia de la ludopatía en la sociedad actual, razón por la cual se torna prioritaria la necesidad de conocerla más profundamente, como asimismo implementar programas de prevención específica e inespecífica, a fin de promover salud desde las edades más tempranas, más aún, si se considera que las edades de inicio son cada vez más precoces y, por ende, son mayores las probabilidades de riesgo.

Con respecto a la muestra seleccionada en el presente estudio, el 82% de los sujetos se ubicó en la categoría de *no jugadores*, el 13% fue identificado como *jugadores en riesgo o jugadores problema*, y el 5% arrojó puntuaciones que se correspondieron con la categoría de *probables jugadores patológicos*, ya sea leves o moderados.

Dichas cifras (en particular la alta incidencia de jugadores problema en la muestra estudiada), conducen a reflexionar en torno a lo formulado por Brizuela y Cía (2008), respecto de dos cuestiones importantes: por un lado, el hecho de que los jugadores en posible riesgo, raramente concurren o solicitan tratamiento por su situación y, por otro lado, que esta categoría (de *juego problema*) aún no se encuentra incluida en los Manuales de Clasificación de Enfermedades actualmente vigentes. Asimismo, ambas observaciones nos llevan a interrogarnos acerca de cuánto sabemos sobre cómo percibe el conjunto de trabajadores de la salud esta circunstancia, y en qué medida estaría preparado el sistema de atención, en particular el de la provincia de San Luis, para dar respuesta a un fenómeno que no llega habitualmente al consultorio, por la escasa conciencia de enfermedad en esta fase incipiente. A pesar de ello, es claro que el problema existe, y coloca al sujeto que lo padece en situación de riesgo, vulnerando su salud y la de su familia o entorno más cercano.

Adentrándonos en los objetivos inicialmente formulados, es posible afirmar que, en cuanto a las correlaciones realizadas entre las variables sociodemográficas y el riesgo de padecer ludopatía, los datos hallados expresan que existe un grado de dependencia (aunque bajo) entre el juego patológico y el nivel educativo, viéndose mayormente afectadas por el juego las personas escolarizadas, ya que la mayor cantidad de jugadores (en riesgo o posibles jugadores patológicos) pertenecen a las categorías *secundario*, *terciario* y *universitario incompleto*.

Por otro lado, se observó (en coincidencia con numerosos estudios científicos) que el juego patológico afecta, de igual manera, a todas las clases sociales, ya que las variables *ocupación* y *juego patológico* resultaron ser independientes. De igual modo, el *sexo* resultó ser relativamente independiente del juego patológico. No obstante, si comparamos la cantidad de sujetos masculinos

con la de femeninos, se advirtió un mayor riesgo y probabilidad de ludopatía en los hombres, fundamentalmente en rangos de edades más tempranas (por lo general, antes de los 20 años), en comparación con las mujeres, quienes suelen iniciar su conducta de juego más tardíamente (alrededor de los 30 años en adelante).

En consecuencia, y convergentemente con diversas investigaciones afines, es posible afirmar que la adolescencia constituye una etapa de especial vulnerabilidad para el inicio en el juego, más aún, a partir de la incorporación de las denominadas *Tecnologías de la Información y la Comunicación* (TICs), que permiten tener acceso al juego online, juegos en red; complejizando aún más la problemática de la ludopatía, a la que habría que añadirle el uso abusivo de las TICs, aspecto que implica un capítulo aparte que merece nuevos estudios.

Con respecto a la Deseabilidad Social (DS), no se hallaron correlaciones entre dicha variable y el juego patológico, razón por la cual se infiere que la tendencia a mostrar una imagen socialmente aceptable no se encontraría asociada a la posibilidad desarrollar (o no) una conducta de juego inmoderado. Sin embargo, los resultados dan cuenta de una marcada tendencia a la DS en los sujetos evaluados, la que se incrementa aún más en aquellos individuos que presentaron algún grado de afectación por el juego. Este aspecto podría ser explicado considerando que una característica típica de las personas que se encuentran atravesando la fase incipiente de la ludopatía, es su tendencia a negarla u ocultar las consecuencias desfavorables ocasionadas por su conducta de juego (dificultades económicas, laborales u otras).

Por otro lado, cabe destacar que se observaron resultados similares entre el análisis factorial actual y el realizado en el año 2009 sobre la escala de DS de Marlowe y Crowne, advirtiéndose que el índice de confiabilidad se mantuvo estable tras eliminar el ítem siete (*A veces me gusta chusmear*), dado que el mismo arrojó escasa carga factorial. Por lo tanto, la escala original compuesta por 33 ítems (Crowne y Marlowe, 1960), reducida por la presente autora a 21 ítems en el año 2009 (Pérez, 2009a), quedó finalmente conformada por 20 ítems en su versión actual (anexo II).

Respecto del objetivo de Realizar un Programa con fines preventivos y fundamentalmente dirigido a los individuos en riesgo de padecer ludopatía, cabe señalar que el mismo fue logrado satisfactoriamente. Más aún, en virtud de las necesidades emergentes durante la ejecución del mismo, surgió el interés de desarrollar actividades preventivas en otros sectores de la comunidad que así lo requirieron (salud, educación, seguridad, justicia). Tales intervenciones consistieron en una serie charlas de sensibilización y jornadas de capacitación, planificadas en un cronograma de 10 meses de duración (ver anexo III), y tuvieron una muy buena adherencia y amplia convocatoria.

Finalmente, se espera que el presente trabajo resulte de utilidad para quienes se dediquen a investigar o abordar la ludopatía (desde alguna de sus múltiples áreas de intervención), como asimismo constituya un aporte valioso para el diseño de políticas públicas. Con ello se pretende que las mismas contemplen (entre sus acciones), la prevención, capacitación e investigación de esta problemática,

difundiendo información válida y llevando a cabo estudios periódicos que permitan realizar un diagnóstico y seguimiento continuo de la problemática en nuestra población.

11. Referencias

- Adès, J. y Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones*. Barcelona: Editorial Kairós.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ª ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1988). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ª ed. Rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed.)*. Washington, DC: Author.
- Arbinaga, F. (2000). Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8 a 17 años): características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Revista Adicciones*, 12(4), 493-505. Doi: [10.20882/adicciones.660](https://doi.org/10.20882/adicciones.660)
- Arendt, H. (1961). *La condition de l'homme moderne*. Paris: Calmann-Lévy.
- Barroso Benítez, C. (2003). *Las Bases Sociales de la Ludopatía* (Tesis Doctoral), Universidad de Granada, España. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/15435568.pdf>
- Bauman, Z. (2005). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. México: FCE.
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: FCE.
- Becoña Iglesias, E y Cortes Tomás, M. (Eds.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña Iglesias, E. (1996). Prevalence suvery of problema and pathological gambling in Europe: the casses of Gerrmany, Holland and Spain. *Journal Gambling Studies*, 12, 179-192. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF01539173>
- Becoña Iglesias, E., Míguez Varela, M. y Vázquez González, F. L. (2001). El juego problema en los estudiantes de Enseñanza Secundaria. *Psicothema*, 13(4), 551-556. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713404.pdf>
- Belloch, A., Sandín B., Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.
- Bergeret, J. (1991). Les conduites additives. Approche clinique et thérapeutique. In J. L. Venisse (ed.), *Les nouvelles addictions* (pp 3-9). Paris: Masson.
- Bernreuter, R. G. (1933). Validity of the personality Inventory. *Personality Journal*, 11, 383-386.
- Blaszczynski, A., Steel, Z. y McConaghy, N. (1997). Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivity. *Addiction*, 92, 75-87. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03639.x>

- Bombín, (1992). *El juego de azar. Patología y Testimonio*. España: Junta de Castilla y León.
- Brizuela, J. A. y Cía, A. H. (2008). *Manual de Juego Responsable* (1ª ed). Buenos Aires: Conjuguar.
- Calero, S. (2005). *Ludopatía. Estadísticas y Casos Clínicos*. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12(3), 244-255. Recuperado de https://alcmeon.com.ar/12/47/03_calero.htm
- Cartwright, D. y Zender, A. (1976). *Dinámica de grupos, investigación y teoría*. Mexico: Trillas.
- Chóliz, M. (2006). *Adicción al Juego de Azar*. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz>.
- Comas, D. y Arza, J. (2000). Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas. *Grup Igia, Contextos, sujetos y drogas*.
- Conde, F. (1999). *Los hijos de la des-regulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas*. Madrid: Fundación CREFAT.
- Corominas, J. (1994) *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Editorial Gredos.
- Crowne, D. P. (1979). *The experimental study of personality*. New York: Erlbaum
- Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1960). A new escale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354. Doi: <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Custer, R. L. (1984). Profile of the Pathological Gambler. *Journal of Clinical Psichiatry*, 12(2), 35-38.
- Custer, R. L. y Custer, L. F. (1978). Characteristics of the recovering compulsive gambler: A survey of 150 menzhers gumhlers anonymous. In *Fourth Annual Conference on Gambling and Risk-Taking*. Atlantic City.
- Damín, C. (2015). *Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema*. Voces en el fenix. Recuperado de <https://vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/1damin.pdf>
- Díaz Gómez, M.J. (2002). El origen histórico del contrato de juego. *Derecho y conocimiento*, 2, pp. 285-296. Recuperado de http://www.uhu.es/derechoyconocimiento/DyC02/DYC002_B03.pdf.
- Dostoievski, F. (1866). *El jugador*. Barcelona: Sol. <http://www.ataun.eus/BIBLIOTECAGRATUITA/CI%C3%A1sicos%20en%20Espa%C3%B1ol/Fedor%20Dostoiewski/El%20jugador.pdf>
- Dubuc, V. M. (2018) Una clínica compleja, mirada desde una psiquiatría preventiva. En M. Coletti (ed.) *V Encuentro Interinstitucional sobre Ludopatía: Articulaciones psicoanalíticas y psiquiátricas en el abordaje de las distintas adicciones*, (pp. 35-40). Recuperado de <https://www.aacademica.org/claudio.spivak/3.pdf>
- Dubuc, V. M., Ibarzábal, S., Arizaga, C. y Rodríguez, L. (2010). *Cuando el Juego se convierte en un problema* Concepciones y prácticas de los profesionales de la salud acerca del juego problema, vinculado a las nuevas tecnologías, en adolescentes y adultos jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Iglesias comunicación
- Dubuc, V. M., Calero, S., Ibarzábal, S., Arizaga, C. y Nicosia, A. (2011). *Cuando el Juego se convierte en un problema. Estudio sobre la prevalencia del*

Juego patológico, en mayores de 17 años, en la Ciudad de Buenos Aires.
Buenos Aires: Iglesias Comunicación

- Echeburúa, E. (1999). *Adicciones sin drogas*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Echeburúa, E. y Báez, C. (1990). Enfoques Terapéuticos en el tratamiento psicológico del juego patológico. *Revista Española de Terapia de Comportamiento*, 8(2), 127-143.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J y Páez, B. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y modificación de conducta*, 20, 769-791. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/27945/A4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Echeburúa, P. y Corral. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora, *Clínica y Salud*, 5(3), 251-256.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden.
- Farré Marti J. (1999). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Ed. Océano.
- Fernández Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y Trastornos de personalidad: un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, 18(3), 453-458. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718319.pdf>
- Fisher, S. (1993). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 9(3), 227-288. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF01015923>
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7, 385-400. Doi: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(86\)90014-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(86)90014-0)
- Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffman, J. y Palmer, A. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study: Report to The National Gambling Impact Study Commission*. Chicago: National Opinion Research Center.
- González Ibáñez, A. (1988). *Joc Patologic: Una Nova Adicció*. Tibidabo Edicions.
- González Seara, L. (1998). El laberinto de la fortuna: juego, trabajo y ocio en la sociedad española. Biblioteca Nueva.
- González, A. (1989). *Juego Patológico. Una nueva adicción*. Barcelona: Tibidabo.
- Grant, J. E., Won Kim, S., y Brown, E. (2001). Characteristics of geriatric patients seeking medication treatment for pathologic gambling disorder. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(3), 125-129. Doi: <https://doi.org/10.1177/089198870101400305>
- Greene, R. (1979). *A preliminary Study on compulsive gambling in New Jersey*. Department of Health, Alcohol, Narcotic and Drug Abuse Unit.
- Hansen, M. y Rossow, I. (2008). Adolescent Gambling and problem gambling: does the total consumption model apply?. *Journal of Gambling Studies*, 24(2), 135-149. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10899-007-9082-4>
- Herrezuelo Orte, A. (2013). Ludopatía y Salud Mental. *Jokuz Kanpo*, 3(21), 3-4. Recuperado de http://www.onlinezurekin.net/archivos/revista/revista21_cas.pdf
- Holden, R. R. (1994). Social Desirability. In R. J. Corsini (ed.), *Enciclopedia of Psychology* 2ª ed. (pp. 429-430). New York: John Wiley.

- Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia. (s.f). *¿Qué es la adicción?*. Recuperado de <https://www.iafa.go.cr/blog/que-es-la-adiccion#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,%2C%20gen%C3%A9ticos%2C%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.>
- Jauregui, I. (2007). Reflexiones sobre el contexto de la modernidad en relación al surgimiento de las adicciones como un problema social. *Revista Española de Drogodependencias*, 27(1), 66-75. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v27n1_7.pdf
- Ladouceur, R. y Mireault, C. (1988). Gambling behaviors among high school students in the Quebec area. *Journal of gambling behavior*, 4(1), 3-12. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF01043524>
- Lesieur, H. R. (1988). *Report on pathological gambling in New Jersey*. New Jersey Governor's Advisory Comisión on Gambling.
- Lesieur, H. R. y Klein, R. (1987). Pathological among high school students. *Addictive Behaviors*, 12, 129-135. Doi: [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(87\)90019-0](https://doi.org/10.1016/0306-4603(87)90019-0)
- Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for Identification of Pathological Gamblers. *The American journal of psychiatry*, 144(9), 1184-1188. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/3a9a/1e989926a3ce7ffe9c882597fb97aa58389d.pdf>
- Ley Nacional N° 26.934 (2014). Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan I.A.C.O.P) Publicada en *Boletín Oficial*, del 29 de mayo de 2014. Argentina.
- Lipovetsky, G. (2002). *El crepúsculo del deber: la ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Barcelona: Anagrama
- Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal*. Francia: Gallimard.
- López Cantos, A. (1992). *Juegos, fiestas y diversiones en la América española*. Madrid: Editorial Mapfre.
- López, G. (1844). *Las siete partidas del muy noble rey Don Alfonso El sabio*. Madrid: Compañía General de Impresores y Libreros del Reino. Recuperado en <http://fama2.us.es/fde/ocr/2006/sietePartidasP1.pdf>
- Marcos, C., Martiñá, R., Casinelli, E., Morgade, G., Touzé, G. y Weiss, M. (1992). *Salud y Educación. Un aporte a la capacitación docente*. Bueno Aires: Mimeo.
- Marlowe, D. y Crowne, D. P. (1964). *The approval motive: Studies in evaluative dependence*. New York: Wiley.
- Michaelis, W, y Eysenk, H. J. (1971). The determination of personality inventory factor patterns and intercorrelations by changes in real-life motivation. *Journal of Genetical Psychology*, 118, 223-234. Doi: <https://doi.org/10.1080/00221325.1971.10532611>
- Míguez, H. A. (2002). Estrategias de Epidemiología Comunitaria - Centros de estudios locales (CEL) y Ventanas Epidemiológicas. *Programa de Epidemiología Psiquiátrica*. Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- Milán, T. A. (2015). *¿Por qué mienten los adictos?* Buenos Aires: Letra Viva.

- Campello, A., Hollman, J. y Viel, P. (2009). *Aportes de la tutoría a la convivencia en la escuela*. Buenos Aires: Coordinación de Programas para la Construcción de Ciudadanía en las Escuelas.
- Morán, E. (1979). An assesment of the report of the Royal Commission on gambling. *British Journal of Psychiatry*, 74, 3-9.
- National Research Council (1999). *Pathological Gambling: A critical review*. Washington, DC: National Academy Press
- Ochoa, E. y Labrador, F.J. (1994). *Juego patológico*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Ons, S. (2016). *Amor, Locura y Violencia en el siglo XXI*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición*. Madrid: Mediator.
- Ovejero Bernal, A. (2007). Adicciones y contexto sociocultural: perspectivas psicosociológicas críticas. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 292-309. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n3_2.pdf
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America*. Massachussets: Lexington Books.
- Pérez, M. J. (2009a). Características Psicométricas de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne (Tesis de licenciatura), Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Pérez, M. J. (2009b). Adicción al juego: Ludopatía. Una enfermedad de la que todavía no se sabe demasiado. En *I Jornadas Universitarias sobre Neurociencias: "Una aproximación a los nuevos desafíos"*. Rosario
- Petry, N. M. (2003). A comparison of treatment-seeking pathological gablers based on preferred gambling activity. *Addiction*, 98, 645-655. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00336.x>
- Petry, N. M. y Oncken, C. (2002). Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers. *Addiction*, 97, 745-753. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00163.x>
- Rodríguez Villarino, R. (2004). *Naturaleza y alcance de la adicción a la compra en la población urbana de Galicia: Un estudio empírico* (Tesis doctoral) Universidad de Vigo, España.
- Rodríguez-Matos, A. (1987). El juego. Otro modelo de dependencia. Aspectos comunes y diferenciales con respecto a las drogodependencias. *Fons Informatiu*, 12, s/p.
- Rosenthal, R. J. y Lesieur, H. R. (1990). Pathological Gambling Proposed Descriptive Test for DSM-IV. *Eight International Conference on Risk and Gambling*, London.
- Rusell, H. y Leffan, M. (1993). The crisis of addictive gambling in New Jersey. *N. J. Med.*, 90(11), 853-854.
- Rychen, D. S. (2004). Lifelong Learning-but learning for what?. *Lifelong learning in Europe*, 26-33.
- Schaef, A. W. (1987). *When Society Becomes An Addict*. San Francisco: Harper & Row.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N. y Vander Bilt, J. (1996). Estimating the prevalence of disordered Gambling Behavior in the United States and Canadá: a research

- synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369-1376. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.9.1369>
- Shaffer, H.J. (2003). A public Health Perspective on Gambling: the four principles. *AGA Responsible Gaming Series*, 2, 1-28.
- Shure, M.B. y Spivack, G. (1982). Interpersonal problem solving in young children. A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, 10, 341-356. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF00896500>
- Sinatra, E. S. (2014). A identificaciones líquidas, adicciones sólidas, *Revista Virtualia*, 29, s/p. Recuperado de <http://www.revistavirtualia.com/articulos/151/consecuencias-de-la-ultima-ensenanza/a-identificaciones-liquidas-adicciones-solidas>
- Stedman J. (1994). *Diccionario de Ciencias Médicas*. Buenos Aires: Ed. Panamericana.
- Steel, Z. y Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.93689511.x>
- Stinchfield, R. (2001). A comparison of gambling by Minnesota public school students in 1992, 1995, and 1998. *Journal of Gambling Studies*, 17(4), 273-296. Doi: <https://doi.org/10.1023/A:1013687613070>
- Strejilevich de Loma, G. (1995). *La Postmodernidad y las adicciones*. Barcelona: Kairós.
- Touzé, G. (1992). *Modelos de Prevención*, en *Modalidades de Intervención en la Prevención y Disminución del Uso Indebido de Drogas*. Buenos Aires: Mimeo.
- Touzé, G. (2010). *Prevención del consumo problemáticos de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Troquel
- Touzé, G. y Rossi, D. (1993). *Sida y drogas: ¿Abstención o reducción del daño?*. Buenos Aires: FAT.
- Usó, J. C. (1997). Drogas en España: un tema derivado en “problema”. *Archipiélago*, 28, 51-59.
- Vacca Rodríguez, R. (2005). Aspectos clínicos de la conducta adictiva al juego: una de las adicciones no convencionales. *Salud y drogas*, 5, 1, 77-97. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83950105.pdf>
- Valladolid, M. N. (2015). Innovación conceptual en adicciones. *Hontanar*, 13(1), 66-80. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/HON/article/view/File/2217/2188>.
- Villoria López, C. (1999). Estudio piloto sobre la percepción social de los juegos de azar entre los universitarios: factores ambientales en el juego patológico. *Revista electrónica de psicología*, 3, s/p.
- Volberg, R. A. (1994). The Prevalence and Demographics of Pathological Gambling: Implications for Public Health. *American Journal of Public Health*, 84(2), 237-241. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.84.2.237>
- Volberg, R. A. y Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 502-505. Doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.145.4.502>

12. Anexos

12.1. Anexo I

Cuestionario SOGS

Nº de encuestado:

Fecha:

Edad:.....

Tel:.....

Escolaridad:.....

Estado

Civil:.....

Ocupación:.....

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos usted ha practicado en su vida.
En cada opción, señale una de las siguientes opciones:

1 = NUNCA

2 = MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA

3 = UNA VEZ POR SEMANA O MAS

	1	2	3
a) Jugar a las cartas con dinero de por medio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apostar a las carreras de caballo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apostar en el frontón o en los deportes rurales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jugar al loto, quini 6, brinco, telekino, a las quinielas y/o loterías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Jugar en el casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Jugar al bingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Especular en la bolsa de valores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Jugar a las máquinas tragamonedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?

Nunca he jugado dinero

Menos de 25 pesos

Entre 25 y 99 pesos

Entre 100 y 249 pesos

Entre 250 y 1000 pesos

Más de 1000 pesos

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas a usted tiene o ha tenido un problema de juego

- Mi padre Mi madre Un hermano
Un abuelo Un cónyuge o pareja Alguno de mis hijos
Otro familiar Un amigo o alguien importante para mí

4. Cuando usted juega dinero ¿Con qué frecuencia vuelve a jugar otra vez para recuperar lo perdido?

- Nunca
Algunas veces, pero menos de la mitad
La mayoría de las veces que pierdo
Siempre que pierdo

5. ¿Alguna vez usted ha afirmado haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?

- Nunca
Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido
La mayoría de las veces

6. ¿Cree usted que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?

- No
Ahora no, pero en el pasado sí
Ahora sí

7. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?

- Sí No

8. ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?

- Sí No

9. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?

- Sí No

10. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?

Sí No

11. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos u otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?

Sí No

12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas que conviven con usted sobre la forma de administrar el dinero?

Sí No

13. (Si ha respondido que sí a la pregunta anterior) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?

Sí No

14. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto a causa del juego?

Sí No

15. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?

Sí No

16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas ¿A quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (coloque una "X" en las respuestas que sean verdaderas en su caso)

- a) Del dinero de casa
- b) A mi pareja
- c) A otros familiares
- d) De bancos y cajas de ahorro
- e) De tarjetas de crédito
- f) De prestamistas
- g) De la venta de propiedades personales o familiares
- h) De la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondo
- i) De una cuenta de crédito en el mismo casino

12.2. Anexo II

Versión reducida de la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne

- 1- Nunca dudo en dejar mis cosas de lado para ayudar a otro que está en problemas.
- 2- Algunas veces me es difícil continuar con mi trabajo si no estoy estimulado.
- 3- En ocasiones, he tenido dudas acerca de mi habilidad para tener éxito en la vida.
- 4- Algunas veces me siento mal cuando no puedo encontrar mi camino.
- 5- Cuando como en casa, mis modales son tan adecuados como cuando como afuera en un restaurant.
- 6- Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estar seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
- 7- A veces me he rebelado contra personas con autoridad, aunque sabía que estaban en lo cierto.
- 8- No importa quien me está hablando, siempre soy un buen escucha.
- 9- Alguna vez “me hice el enfermo” para evitar algo.
- 10- En ciertas ocasiones tomé ventajas de alguien.
- 11- Siempre estoy dispuesto a admitir cuando cometo un error.
- 12- Siempre trato de practicar lo que predico.
- 13- Algunas veces trato de vengarme más que perdonar y olvidar.
- 14- Cuando no sé algo, no tengo problema en admitirlo.
- 15- Siempre soy amable, aún con personas que son desagradables.
- 16- Realmente, a veces he insistido en hacer cosas a mi manera.
- 17- Nunca permitiría que alguien sea castigado por mi culpa.
- 18- Nunca me resiento si me piden que devuelva un favor.
- 19- Nunca me he molestado cuando las personas expresan ideas muy diferentes a las mías.
- 20- Nunca hago un viaje largo sin comprobar la seguridad de mi auto.

12.3. Anexo III

Cronograma de talleres de Prevención Primaria Específica (año 2015).

Actividades	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Planificación de actividades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Jornadas de concientización en el sector Salud		X			X					
Charlas y jornadas preventivas en establecimientos educativos			X	X		X				
Charlas a personal de empresas de juego (en sus distintos niveles jerárquicos)							X			
Jornada en el ámbito judicial								X		
Presentación en eventos científicos			X			X		X		
Charlas en la comunidad									X	X
Evaluación, monitoreo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

La Colección: **Tesis doctorales en Psicología calificadas sobresalientes** de la Universidad Nacional de San Luis, Coordinada por la Doctora Alejandra Taborda y Editada por el Doctor Fernando Andres Polanco, busca acercar a la comunidad académica en general y a la del campo psicológico en particular, la producción destacada en el Doctorado en Psicología que ha sido evaluada con la máxima calificación que dicha institución otorga.

En esta entrega, nos encontramos con la Tesis Doctoral de María José Pérez donde realiza una investigación sobre la ludopatía. Debido a la escasez de estudios, el presente trabajo (exploratorio) se propuso identificar sujetos de la ciudad de San Luis que se encuentren atravesando una probable situación de riesgo de adicción al juego.

La muestra estuvo conformada por 400 trabajadores pertenecientes al ámbito público y privado de la ciudad capital, cuyas edades oscilaron entre 18 y 66 años. Se empleó el cuestionario de Juego de South Oaks Gambling Screen (SOGS). Por otra parte, y con el objeto de analizar la posible influencia de la variable Deseabilidad Social (DS) en los resultados hallados, se administró la Escala de DS de Marlowe y Crowne, reducida y adaptada a la población de Cuyo, en un estudio previo realizado por la autora.

La presente investigación se desarrolló en dos etapas consecutivas, que se correspondieron con los objetivos inicialmente planteados: 1) Etapa de Evaluación, en la que se llevó a cabo el muestreo, sistematización, procesamiento y análisis estadístico de los datos, por medio del software de análisis estadísticos. 2) Etapa de Intervención, en la que se dio cumplimiento al segundo objetivo general planteado: aplicar los conocimientos obtenidos para la elaboración e implementación de un Programa Psicoeducativo de Prevención Secundaria, destinado fundamentalmente a la población en riesgo detectada, para promover la concientización respecto de las características y consecuencias de esta patología. El mismo fue logrado exitosamente, más aún, fue superado en cuanto a las expectativas iniciales y los alcances que posteriormente tuvieron las intervenciones, ya que, además de desarrollarse el Programa Psicoeducativo, se intervino en otros sectores de la comunidad que así lo requirieron (salud, educación, seguridad, justicia, empresas de juego, comunidad en general), desde Nivel de Prevención Primaria Específica.



Facultad de
psicología



Universidad
de San Luis



nueva editorial
universitaria