

# LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ  
FONDO EDITORIAL



GUSTAVO ADOLFO CALDERÓN VALLEJO  
GUILLERMO ALONSO CASTAÑO PÉREZ  
MARÍA ADELAIDA STORTI CALDERÓN

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES  
POSGRADO EN FARMACODEPENDENCIA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN  
EN FARMACODEPENDENCIA**

# **LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO**

## **INVESTIGADORES**

GUSTAVO ADOLFO CALDERÓN VALLEJO  
GUILLERMO ALONSO CASTAÑO PÉREZ  
MARÍA ADELAIDA STORTI CALDERÓN

## **ESTUDIANTES DEL POSGRADO EN FARMACODEPENDENCIA QUE PARTICIPARON EN LA REDACCIÓN FINAL**

SANDRA MILENA RESTREPO ESCOBAR  
MARLY ECHAVARRÍA HENAO  
DINA MARCELA TORO

## **ESTUDIANTES DEL POSGRADO EN FARMACODEPENDENCIA QUE PARTICIPARON EN LA INVESTIGACIÓN**

SANDRA MILENA RESTREPO ESCOBAR  
MARLY ECHAVARRÍA HENAO  
DINA MARCELA TORO  
NÉSTOR GAIBOR MALDONADO  
GUSTAVO QUIJANO ROJAS  
ALLIDAY TOBÓN HENAO  
BERENICE ALZATE CASTRO  
MARGARITA BOLÍVAR GARCÍA  
ANDRÉS ELÍAS CALLE ARANGO

## **AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN**

JULIA EDITH ESCOBAR

Medellín, 2011

## **LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO**

© Fundación Universitaria Luis Amigó  
Transversal 51A #67B 90. Medellín, Colombia  
Tel: 4487666 (ext. 9711)  
Página web: <http://www.funlam.edu.co>  
E-mail: [fondoeditorial@funlam.edu.co](mailto:fondoeditorial@funlam.edu.co)

ISBN: 978-958-8399-36-2

Fecha de edición: 15 de marzo de 2011

Autores:

Gustavo Adolfo Calderón Vallejo  
Guillermo Alonso Castaño Pérez  
María Adelaida Storti Calderón

Corrección de estilo:

Claudia Gómez Gutiérrez

Diseño y diagramación:

Carlos Hernando Zapata Sepúlveda

Hecho en Colombia / Made in Colombia  
Prohibida la reproducción total o parcial

Texto resultado de investigación. Financiación realizada por el Centro de Investigaciones de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor. Por lo tanto, éstos no comprometen, en ningún sentido, a la Fundación Universitaria Luis Amigó.

# CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>PRÓLOGO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DEL JUEGO PATOLÓGICO, SU TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN .....</b>	<b>17</b>
El juego en los humanos .....	17
Concepto de juego de azar .....	19
Modalidades de juego de azar .....	20
Tipos de juegos de azar .....	21
Definición del término “juego patológico” .....	23
Ludopatía: evolución del término .....	25
Tipos de jugadores y sus comportamientos .....	31
Algunas características de los jugadores patológicos .....	34
Consecuencias del juego patológico en la vida de una persona .....	36
Fases del desarrollo del juego patológico .....	38
Teorías y modelos explicativos del juego patológico .....	41

Factores implicados en la conducta del juego patológico..	43
Factores predisponentes o de riesgo .....	46
Factores mantenedores .....	49
Comorbilidad: ludopatía y consumo de sustancias psicoactivas .....	51
Concepto de factores protectores en ludopatía .....	52
Clasificación de factores protectores .....	54
Tratamiento de la ludopatía .....	57
Tratamiento farmacológico .....	58
Tratamientos psicológicos .....	60
La terapia cognitivo-conductual .....	62
Finalidad de la terapia cognitivo-conductual con ludópatas .....	63
Técnicas de la terapia cognitivo- conductual para el tratamiento de la ludopatía .....	64
Etapas del tratamiento bajo la propuesta cognitivo–conductual .....	68
El papel del cónyuge y la familia del jugador .....	76
Terapia sistémica .....	77
Los grupos de autoayuda .....	80
Jugadores Anónimos .....	80
Desafíos a futuro para el tratamiento de la ludopatía .....	84
Los juegos de azar en Colombia .....	86
Aspectos legislativos de los juegos de azar en Colombia .....	87
Prevención del juego patológico .....	90
Intervención de factores de riesgo.....	92
Sistema de valores socioculturales .....	94
Control normativo .....	94
Utilización del ocio y tiempo libre .....	97

<b>CAPÍTULO 2. PRIMERA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO PARA LUDOPATÍA EN POBLACIÓN ADULTA. JUGADORES PATOLÓGICOS DE CASINO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN .....</b>	<b>99</b>
Aspectos formales del estudio .....	102
Objetivos .....	102
Metodología .....	103
Población con la que se generó la información .....	103

Delimitación espacial y temporal .....	103
Técnica e instrumentos de recolección .....	103
Resultados y análisis .....	104
Espacios recreativos, deportivos, culturales y utilización del tiempo libre .....	106
El ambiente en los casinos, un factor de riesgo ...	109
Factores de riesgo vinculados con lo familiar .....	114
Factores de riesgo en el sistema educativo .....	117
Factores de riesgo personales .....	118
Historia natural de la enfermedad adictiva .....	119
Conclusiones .....	120

### **CAPÍTULO 3. SEGUNDA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO PARA LUDOPATÍA EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN .....**

Aspectos formales del estudio .....	128
Objetivos .....	128
Diseño metodológico .....	128
Delimitación espacial y temporal .....	129
Instrumentos para recolectar información .....	129
Procedimientos e instrumentos de evaluación del juego patológico .....	130
Técnicas de análisis de la información .....	131
Hallazgos y resultados .....	131
Aspectos sociodemográficos .....	132
Factores de riesgo a la ludopatía en el adulto mayor .....	135
Factores de riesgo personales .....	135
Factores de riesgo familiares .....	140
Factores de riesgo socioambientales .....	143
Lineamientos de prevención del juego patológico en el adulto mayor .....	146

### **CAPÍTULO 4. TERCERA INVESTIGACIÓN: FACTORES PROTECTORES Y ALTERNATIVAS DE PREVENCIÓN EN LUDOPATÍA .....**

Aspectos formales del estudio .....	151
Objetivos .....	153
Tipo de estudio y enfoque .....	153
Población participante .....	154

Delimitación espacial y temporal .....	154
Técnica e instrumentos de recolección .....	154
Procedimientos y tácticas .....	154
Resultados y análisis .....	155
Factores protectores familiares .....	157
Protección en juegos de azar en familia y con menores .....	157
El acompañamiento de los padres en el proceso formativo de los hijos .....	162
El manejo adecuado de la autoridad como factor protector .....	164
Los valores como factor protector .....	168
Aportes sobre prevención del juego problemático. Otros elementos protectores que tienen que ver con la familia .....	174
Factores protectores de orden individual .....	176
La asertividad .....	176
La autoestima .....	177
El manejo adecuado de las emociones .....	180
La resiliencia .....	182
La soledad como decisión personal constructiva y reflexiva .....	182
Los proyectos de vida como factor protector .....	184
Otros aspectos de la personalidad que pueden ser protectores .....	186
Factores protectores socioambientales .....	188
Racionalidad en el uso del dinero .....	188
Utilización del tiempo libre .....	189
Contención ante la gran oferta de casinos .....	191
Respuesta ante las ofertas publicitarias y las atenciones en los casinos .....	192
Separar juego y consumo de licor .....	194
Restricción del horario de funcionamiento de casinos .....	195
Otros factores socioambientales protectores .....	196
La protección por control de oferta .....	197
Factores protectores desde la perspectiva de expertos ...	198
Estrategias de prevención del juego patológico .....	202
A modo de conclusiones .....	209

<b>CAPÍTULO 5. CUARTA INVESTIGACIÓN: ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO QUE SE OFRECEN A LOS LUDÓPATAS EN MEDELLÍN Y SU ÁREA METROPOLITANA .....</b>	<b>215</b>
Aspectos formales del estudio .....	217
Objetivos .....	217
Memoria metodológica .....	218
Instrumentos .....	219
Validación .....	219
Población participante .....	220
Resultados .....	221
Definición de ludopatía según los entrevistados .....	222
Tratamiento .....	223
Roles de los profesionales de los centros de tratamiento locales en la intervención terapéutica a ludópatas .....	225
Propuesta de intervención .....	230
Diagnóstico y evaluación de la conducta de juego... ..	231
Tratamiento y rehabilitación .....	232
Propuestas de la terapia cognitiva-conductual .....	232
Reinserción socio-laboral .....	237
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo N.º 1. Cuadro de instituciones con profesionales entrevistados .....	264
Anexo N.º 2. Entrevistas realizadas en las instituciones..	265
Anexo N.º 3. Equipo investigador .....	273
<b>LISTADO DE CUADROS</b>	
Cuadro N.º 1. Tipologías, autores y fundamentos de la ludopatía .....	32
Cuadro N.º 2. Consecuencias del juego patológico .....	37
Cuadro N.º 3. Fases del jugador patológico .....	40
Cuadro N.º 4. Medicamentos para el tratamiento .....	60
Cuadro N.º 5. Diario de juego .....	70
Cuadro N.º 6. Programa de tratamiento .....	75
Cuadro N.º 7. Impuestos por juegos de azar en Colombia.	89
Cuadro N.º 8. Categorías establecidas en las respuestas de los informantes clave entrevistados.....	221



# PRESENTACIÓN

Para poder buscar soluciones es necesario primero reconocer los problemas que aquejan a la sociedad. El aumento de casinos, máquinas tragamonedas y lugares en donde se llevan a cabo juegos de azar de toda índole es un asunto problemático que está teniendo consecuencias preocupantes en la salud de las personas y en el bienestar de la comunidad en general, generando un trastorno mental que ha sido denominado *juego patológico o ludopatía*. Gracias al trabajo realizado por el Grupo de investigación en Farmacodependencia de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Fundación Universitaria Luis Amigó (Funlam), este preocupante asunto ha sido reconocido y puesto en evidencia. Ahora, queda trabajar para solucionar este problema que está afectando cada vez más a un grupo mayor de personas de todas las edades y condiciones sociales.

La ludopatía es una enfermedad que consiste en la incapacidad de controlar el deseo de apostar. Las consecuencias de este

desorden resultan en la destrucción del capital económico, social y familiar del individuo que padece este mal.

Desde hace un par de años, Medellín se ha venido poblando de enormes edificios decorados por vistosos letreros multicolores que alumbran sus calles. Parece ser que “la ciudad de la eterna primavera” es el blanco de diferentes empresas nacionales e internacionales de casinos que quieren convertirla en una especie de Las Vegas paisa. De igual forma, las tiendas de barrio, carnicerías y hasta peluquerías de las comunas de esta ciudad se han llenado de máquinas tragamonedas que ofrecen esparcimiento y una oportunidad de multiplicar el dinero de los habitantes de estos sectores. Ambos fenómenos han tenido repercusiones negativas para la ciudad en el campo tributario y en la seguridad.

En noviembre de 2007, Medellín tenía 73 casinos aprobados por Etesa, la empresa encargada de recaudar los impuestos y combatir la ilegalidad dentro del campo de los juegos de azar en Colombia. A ellos se sumaron 126 nuevos casinos en el 2008; es decir, que la ciudad en un corto periodo ha sufrido un incremento del 92% en el número de casinos, sin agregar la instalación de máquinas tragamonedas clandestinas que suman un número importante en la ciudad y menoscaban las arcas municipales, además de contribuir a crear inseguridad.

Por fortuna, y con el fin de prevenir, avanza en el legislativo municipal una iniciativa sobre la atención integral a los adictos al juego (ludópatas). Con este proyecto se logró que la lucha en contra de la ludopatía sea considerada como una política de salud pública. Algunos de los resultados de este proyecto son: control al servicio de bebidas alcohólicas en áreas de juego, control de créditos por salas de juego, colocación de relojes en estos lugares y regulación de horas de funcionamiento de los casinos, entre otras medidas más. Se debe crear conciencia por medio de estudios como éste y de las políticas públicas, para poder explicarle a la ciudadanía que lo que aparenta ser un medio de recreación inofensivo como lo es el juego de

azar, puede tener serias implicaciones en la salud mental, la condición económica y las relaciones familiares y sociales de quien frecuenta lugares de juego.

El debate ya está abierto, lo que significa un respiro para quienes no queremos que Medellín, la ciudad que aspira a ser la más educada de Colombia y un paradigma de urbanismo paz y reconciliación para el resto del mundo, se convierta en una especie de Las Vegas paisa. No le apostemos a la ruleta ni al póker, apostémosle a la educación y al esparcimiento sano, así vamos “a la fija” y le ganamos al azar.

El estudio que está a punto de leer es un valioso aporte para la sociedad y en especial para las administraciones públicas; la investigación es el insumo necesario para formular políticas públicas de calidad que generen el bien de toda la comunidad. El problema ya ha sido revelado y puesto en evidencia públicamente, es necesario continuar en la tarea de generar conciencia entre todos los ciudadanos sobre una enfermedad que acaba con vidas y familias y que se puede combatir efectivamente fortaleciendo el núcleo familiar y generando espacios de entretenimiento sano, accesibles y de calidad.

Federico Hoyos Salazar  
Concejal de Medellín  
Promotor de leyes para prevenir la ludopatía



# PRÓLOGO

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar. La búsqueda de excitación y del alivio del aburrimiento, del qué hacer con el ocio y el tiempo libre, ha estado en la base del juego en todos los tiempos.

Los juegos de azar, por todas las implicaciones que esta actividad conlleva –casinos coloridos llenos de luces y buena atención, con personas que hacen sentir reconocidos e importantes a sus clientes, máquinas que celebran con sonidos y luces cuando la suerte acompaña al jugador con ocasionales ganancias–constituyen sin duda un rito divertido que atrae y que además es explotado en muchas sociedades. Si bien la industria de estas formas de ocio representa, por un lado, un polo de interés para muchas personas que buscan con ello

divertirse, ocupar su tiempo libre y tener una fuente de ganancias económicas en los lugares donde se emplaza, así como por las posibilidades de generar empleo, turismo e incluso aportar al sostenimiento de la salud –caso de Colombia–; por otro lado, constituye un factor de riesgo para la ludopatía o el juego patológico, que puede llegar a convertirse en un serio problema de salud pública, de tal magnitud, que afecta a los implicados en todas sus esferas; lo que ha llevado a que esta problemática empiece a ser abordada por las legislaciones de países donde la actividad de los casinos está más asentada.

El juego patológico o ludopatía es la incapacidad de controlar el deseo de apostar, lo que puede generar como consecuencia la destrucción de todo el capital económico, afectivo y social de una persona, afectando, por supuesto, su entorno familiar, entorno en el cual se presentan las primeras dificultades con el juego y donde éste empieza a ser de interés para la salud pública, la cual se incorpora para regularlo, protegiendo al ciudadano y a su familia, y estudiando la distribución y los determinantes de los problemas del juego en una determinada población y las medidas organizadas para prevenir, minimizar o controlar su ocurrencia y expansión.

Según Muñoz-Molina (2008), este trastorno es considerado ya como un problema grave de salud pública, en el que repercuten diversos factores, tanto de riesgo/desencadenantes como mantenedores, que involucran incluso los planos estructurales de una sociedad (Welte, Wieczorek, Barnes & Tidwell, 2006; Johansson, Grant, Kim, Odlung & Göttestam, 2008).

En Colombia carecemos de estudios de prevalencia e incidencia de esta problemática en la población general y no sabemos qué impacto está causando en la salud pública, pero existe ya preocupación entre especialistas que atienden trastornos psicológicos, relacionados con las adicciones, porque esta patología se empieza a presentar en las consultas de muchas instituciones.

El presente texto reúne los trabajos que, sobre el tema de las dependencias no químicas, ha realizado el Grupo de investigación en Farmacodependencia de la Fundación Universitaria Luis Amigó, los cuales, sin constituirse en un estudio epidemiológico que dé cuenta de la magnitud de este problema en la sociedad colombiana y por ende de sus implicaciones para la salud pública, sí efectúan una revisión de los conceptos básicos de este trastorno del comportamiento, se aborda el tema de su tratamiento y prevención y presenta los resultados de cuatro investigaciones cualitativas realizadas en nuestro medio : la primera, factores de riesgo en un grupo de jugadores de casino de la ciudad de Medellín; la segunda, factores de riesgo ante el juego patológico en la tercera edad; la tercera, factores protectores a la ludopatía; y la cuarta, alternativas de tratamiento a la ludopatía que se ofrecen en la ciudad de Medellín. Cada una se desarrolla en un capítulo aparte, las cuales siguen a un primer capítulo donde se exploran los conceptos básicos y se finaliza con un anexo que da cuenta de los principales instrumentos de diagnóstico y *screening* de esta patología, buscando no sólo brindar elementos de formación a los profesionales encargados de atender esta problemática, sino también hacer un aporte a los legisladores y encargados de las políticas públicas, así como llamar la atención sobre la importancia de regular y controlar las tendencias del juego en la población adulta, en los jóvenes, en la tercera edad y en grupos vulnerables y con necesidades especiales; es decir, en la familia, en general. Además, se busca balancear los costos y beneficios, buscando esencialmente disminuir el impacto de esta actividad, que puede llegar a provocar disminución en la calidad de vida de las personas que de manera regular acuden a los juegos de azar para divertirse y hacer uso de su tiempo libre.

Para terminar, y esperando que este trabajo sea de utilidad para expertos y no expertos en la materia, que sea leído y aplicado en el diseño de programas en la intervención de esta problemática, y con la pretensión de que los juegos de azar no terminen siendo un problema para las sociedades, se citan

las palabras de Korn y Shaffer (1999), quienes afirman que “si se comprende el juego desde la perspectiva de sus múltiples impactos en la Salud Pública por parte de los hacedores de políticas públicas y el quehacer de los profesionales encargados de la prevención y el tratamiento, se podría minimizar el impacto negativo del juego y apreciar cuáles son sus beneficios potenciales”.

# **CAPÍTULO UNO**

## **GENERALIDADES DEL JUEGO PATOLÓGICO, SU TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN**

### **El juego en los humanos**

Al parecer desde siempre, el juego ha estado presente en el reino animal y en el hombre, y ha cumplido una función lúdica y de socialización.

Ya en relación con los juegos exclusivamente humanos, Yépez (2003:14), citado en un trabajo realizado por Urdaniz (1997), sobre Estudio Cualitativo de la Ludopatía en Navarra, afirma que dentro de esta actividad humana se distinguen cuatro estilos de juegos: el de competición, donde los jugadores tienen igualdad de oportunidades y el ganador es el mejor; el de azar, cuyo resultado se deja a la suerte; los juegos extremos, en donde lo que se busca son sensaciones de éxtasis,; y los reglados donde tienen que ver la habilidad del jugador (como

los crucigramas, las sopas de letras, el armar aviones a escala, el *scrabble*), donde el participante puede competir con otro o consigo mismo. . A decir de este autor, “el juego se considera una diversión cuando hay un control y un goce en el acto en sí, mientras que deja de serlo cuando la persona pierde su libertad de decisión e implica descontrol y sufrimiento”. En este último caso, se está hablando de ludopatía.

También sabemos que desde que nuestra especie puede atestiguar, el hombre se ha sentido atraído por el azar y la fortuna, por la posibilidad de poder predecir el futuro y superar así las leyes del azar. También se han encontrado numerosos vestigios que ponen de manifiesto que ya existían apuestas sobre el juego (dados, acontecimientos deportivos, etc.) en civilizaciones como la griega y la romana. Al parecer, el juego ha permanecido incólume a lo largo de la historia. En su investigación, De la Cruz (2006) dice que el juego de azar se conoce desde el año 2000 a de C., precediendo al propio dinero. El juego ha estado muy presente en numerosas civilizaciones antiguas como la egipcia, griega, romana, entre otras, con un especial protagonismo, debido a que se consideraba una de las principales pasiones de las clases más altas.

En relación con los juegos de azar, Urdaniz (1997) diferencia dos tipos de conductas en función de si en su realización, está involucrado dinero: juego como pasatiempo en sí mismo y juego como actividad donde se arriesga algún bien, buscando casi siempre ganar (dinero o cualquier otro objeto con valor material). Esta distinción entre los dos tipos de juegos tiene una gran importancia, al punto que en la lengua anglosajona se utilizan dos vocablos distintos: *gambling*, donde se arriesga algo a cambio de la posibilidad de conseguir una ganancia, y *play*, que es aquel juego que sólo persigue el entretenimiento.

Al respecto, afirma este mismo autor que –aunque ambos tipos de juego pueden ser fuente de diversión y servir como interesante alternativa al ocio y tiempo libre de las personas en nuestra sociedad, y aunque también ambos pueden llevar

al desarrollo de conductas inadecuadas e inadaptadas— es el segundo tipo de juego —el que implica asumir riesgos económicos con posibilidades de ganancias inmediatas— el que ha facilitado la aparición de conductas problemáticas que han provocado una importante alarma social; es decir, lo que se conoce como adicción al juego o también como ludopatía.

Como pasa con otras conductas adictivas, el juego patológico está afectando a todas las clases sociales y a personas de todas las edades, observándose en los últimos años un descenso en la edad de inicio, lo que ha hecho que muchos adolescentes acudan en la actualidad a consulta por problemáticas asociadas al juego patológico.

Con respecto de los aspectos psicológicos implicados en los juegos de azar y más específicamente las máquinas tragamonedas, Echeburúa (2005:12) afirma que esto se debe a:

[su] amplia difusión, el bajo monto de las apuestas con posibilidad de ganancias proporcionalmente cuantiosas, la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado, la manipulación personal de la máquina que genera una cierta ilusión de control, las luces intermitentes de colores que, junto con la música y el tintineo estrepitoso de las monedas cuando se gana, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica, entre otros aspectos.

Finalmente, resulta necesario afirmar que, como ocurre en el resto de conductas adictivas, el impacto del juego patológico va más allá de la persona que lo sufre, pues esta conducta afecta todo el entorno familiar, social y laboral de los sujetos.

### **Concepto de juego de azar**

El juego es un fenómeno esencial en el desarrollo humano que contiene todos los valores de la vida humana, puesto que es una actividad libre que permite a la persona recrear, exaltar o transfigurar la realidad.

Por su parte, el juego de azar significa suerte, fortuna o casualidad e incluye una apuesta que implica ganar o perder. Psicológicamente, el juego de azar es un reto a la suerte, mediante el cual una persona proyecta sus anhelos de cambiar el futuro a su favor. Es una forma de desafiar al destino que resulta insufrible o sirve para compensar la frustración que la vida depara. Ochoa y Labrador (1994).

### ***Modalidades de juego de azar***

Con respecto a esta práctica humana, siguiendo a Azajer (s.f.), las modalidades pueden ser: juegos sociales, públicos y privados.

Los juegos sociales pueden caracterizarse por la escasa cuantía que implica la apuesta y se aproximan a sólo pasatiempos. Muchos juegos aunque creados con la intención de ser sociales, pueden arriesgar la seguridad económica familiar, la moral, la economía, la política y el derecho, por lo que pueden ser prohibidos, o regulados por las leyes.

En este sentido, hay que decir que como siempre ha existido el juego, se ha considerado mejor regularlo y reglamentarlo que prohibirlo y así se ha procedido en muchos países, cuyos Estados le han impuesto gravámenes tributarios, convirtiéndolo en fuente de ingresos, por lo que financian muchos de los gastos públicos.

Este hecho ha permitido, según Azajer (s.f.), la otra clasificación de los juegos en privados y públicos. En los públicos se incluyen las loterías y el chance, entre otros, mientras que en los privados se encuentran las máquinas tragamonedas, bingos y loterías rápidas o instantáneas, juegos de casino, juegos de cartas, dados, carreras de caballos, etc.

### ***Tipos de juegos de azar***

A decir de Urdaniz (1997), en todo juego de azar la apuesta desempeña un papel muy importante; ganar depende de la suerte y del destino combinado en ocasiones con la competición y la habilidad que le imprime el jugador. No obstante, en los juegos hay ligeras variaciones que establecen una oferta diferencial que puede, a su vez, hacer más atractivos unos juegos frente a otros, en función de las características del que realiza la actividad. Irurita (1996) establece dos clasificaciones de los juegos de azar que resultan especialmente operativas: 1) juego activo y juego pasivo; 2) juego continuo y juego discontinuo.

*Juego activo*: - este tipo de juego requiere un conocimiento, habilidad o pericia –real o imaginaria– por parte de quien juega. También recoge aquellos juegos en los que los jugadores creen que “tienen un sistema, o conocen la estrategia para ganar” (caso de la ruleta, o las máquinas tragamonedas). Este tipo de juego es mucho más adictivo porque involucra de una manera más activa al jugador. Ejemplos: cartas, dados y dominó con apuestas de dinero, carreras de caballos, juegos de casino, apuestas deportivas, etc.

*Juego pasivo*: Son juegos que sólo dependen de la suerte y que, inequívocamente, no requieren ninguna acción, conocimientos o habilidades del jugador. Loterías, chance, baloto, bingo y máquinas tragamonedas serían ejemplos de juegos pasivos. El caso de estos dos últimos es bastante singular, porque siendo realmente pasivos, la gran cantidad de pensamientos “mágicos” existentes sobre estrategias y cábalas acerca de las máquinas –sobre quién canta el bingo, la hora, las actividades a realizar, o “que ya está que bota el premio”, etc.– los convierten, según Bombín (1992) citado por Irurita (1996), en juegos pasivo-activos, altamente adictivos.

*Juego discontinuo y juego continuo*: Esta clasificación tiene relación con los tiempos que se suceden entre la apuesta y el

resultado. En las formas de juego continuo, las series de las apuestas, juego y resultado están espaciadas durante horas o días (caso de las loterías). A la inversa, las formas continuas corresponden a juegos donde los resultados son más inmediatos, tales como las máquinas tragamonedas, y la mayoría de los juegos de casino. Las formas continuas corresponden a los juegos con mayor poder adictivo y, a decir de Dickerson (1993), son la mayor fuente de pérdida de control y las más asociadas con la ludopatía.

Para Irurita (1996), citado por Urdaniz (1997):

[...] los juegos con una mayor capacidad adictiva son aquellos que comparten una serie de características propias del “juego en sí”, junto a unas condiciones sociales: 1) accesibilidad y disponibilidad del juego; 2) que esté bien visto jugar; 3) una “jugada” ha de costar poco dinero; 4) el hecho de jugar no debe dar a entender que la persona sea un jugador; 5) se debe poder jugar en un entorno que produzca bienestar (entre amigos o conocidos) o donde se pueda pasar desapercibido; 6) si en el entorno se puede beber alcohol, lo hará más adictivo; 7) debe estar presente la suerte; 8) si el premio es grande, mejor, aun cuando esto no es determinante; 9) la recepción del premio debe ser inmediata; y, 10) la recepción del premio debe hacerse notar (ruidos, algarabía, prensa, publicidad).

Según este mismo autor:

[...] los juegos más adictivos también son aquellos que se acompañan de cogniciones extendidas sobre el juego o las capacidades del jugador: 1) deben favorecer la creencia de que no sólo interviene la suerte; 2) deben de requerir una cierta pericia especial propia del jugador, así como de unos conocimientos que no estén al alcance de “todos” y, 3) deben de permitir crear una “relación especial y personal” entre el juego en sí –o una parte de él– con el jugador.

## Definición del término “juego patológico”

Debido a la relativa ausencia de investigaciones en el medio, el término *juego patológico* podría aparecer como poco conocido, haciéndose obligatorio comenzar por aclarar este término y otros relacionados al tema. Para responder a la pregunta “¿Qué es el juego patológico?”, primero habrá de recordarse lo que significa adicción. El diccionario *Stedman* (1994) la define como: “El consentimiento de dependencia habitual psicofisiológico de una sustancia o práctica que está más allá del control voluntario”. Por su parte, Belloch et al (1995) puntualizan que entre varias adicciones existiría la no tóxica definiéndola como “la dependencia hacia un objeto o actividad donde no existe ingesta de ningún compuesto químico que ocasione cambios biológicos nocivos para el organismo”.

Con la anterior aclaración y respondiendo a la pregunta ya hecha, es necesario retomar las raíces o el sentido etimológico de ludopatía, término sinónimo en este trabajo para juego patológico. Para definirla hay que recordar que ludopatía es una palabra derivada de dos raíces griegas: *ludos* y *pathos*, que significan: “juego” y “sufrimiento”, mientras que *patía* se usa como sufijo en español para dar a entender “enfermedad”. Según Calero (2005) fue Moran (1975) quien denominó a esta enfermedad como juego patológico.

En la ludopatía existe una estrecha relación entre lo lúdico y lo patológico. Posibles interrogantes acerca de sus diferencias y relaciones podrían resolverse basándose en la siguiente explicación: mientras que en lo lúdico el individuo decide de manera voluntaria y autónoma cuándo, dónde y cómo iniciar, realizar y finalizar la actividad, en la ludopatía, donde ya aparece lo patológico, tal evento termina dominando al sujeto, para el cual es casi imposible tomar cualquier tipo de alternativa al impulso de jugar.

En este sentido, al hablar de juego problemático se hace invariablemente referencia a su expresión patológica: la ludopatía. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación de Psiquiatría Americana* –conocido en inglés por sus siglas DSM III R–, APA (1998): “El trastorno hace su aparición, con mayor frecuencia en la adolescencia en hombres y más tarde en mujeres con tendencia a convertirse en un problema crónico con periodos de remisión y agudización durante el resto de la vida adulta”.

De otro lado, este mismo manual, en su versión más actualizada –DSM IV TR– lo define como un “comportamiento de juego persistente, recurrente y desadaptativo”, caracterizado por el impulso o la necesidad de jugar.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define esta problemática, en su *Manual de clasificación de los trastornos mentales CIE -10*, como:

Un trastorno que consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuestas, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo. Los afectados por este trastorno pueden arriesgar su empleo, acumular grandes deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de sus deudas. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso a jugar que es difícil de controlar, junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante. Este trastorno es también llamado juego compulsivo, pero este término es menos adecuado debido a que el comportamiento no es compulsivo en el sentido técnico ni el trastorno está relacionado con los trastornos obsesivo-compulsivos. El rasgo esencial es la presencia de un jugar apostando de un modo constante y reiterado que persiste y a menudo se incrementa a pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas.

También en la página web del Instituto Galene (s.f.), al referirse al juego patológico, se afirma:

Es una adicción a los juegos de azar en sus múltiples variedades. La más extendida es la provocada por las máquinas tragamonedas, debido a su fácil acceso. Generalmente, se juega por pasar el rato, por obtener una ganancia, pero cuando trae consigo que se actúe y viva en función del juego se considera que una persona es ludópata (...) su juego le lleva a tener problemas a nivel personal, familiar, profesional, y social; de forma que piensa, vive y actúa en función del juego. Organiza su vida en torno al mismo, dejando a un lado cualquier otro tipo de actividad. Se convierte por tanto en un esclavo del juego.

### **Ludopatía: evolución del término**

A pesar de ser una enfermedad muy antigua, y de que los problemas asociados a los juegos de azar han existido desde tiempos remotos, es sólo hasta el siglo XX cuando se le empieza a dar un tratamiento al tema. Una de las primeras aproximaciones psicológicas a este trastorno procede de la orientación psicoanalítica, cuando Freud (1928) hace un acercamiento al tema en su ensayo sobre la figura de Dostoievski.

Sin embargo, hasta la década del setenta no se había empezado a estudiar el juego patológico como tal, siendo sólo en 1970 cuando Morán, citado por Barroso (2003), define a este trastorno como "juego patológico". Más tarde, en 1979, Rickey Greene de la Unidad de Abuso de Alcohol, Narcóticos y Drogas del Departamento de Salud de New Jersey, publica un artículo denominado *Un estudio preliminar del juego compulsivo en New Jersey*. 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, y lo incluye en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III), en el apartado de los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.

Según Gonzalez (s.f.), en 1987 la APA reconoce que el juego patológico es un trastorno similar al alcoholismo o a la dependencia a drogas y, aunque el DSM-III-R lo sigue incluyendo en el mismo apartado, modifica los criterios, que son prácticamente equivalentes a los utilizados para la dependencia a sustancias psicoactivas, pero colocándolo en el apartado de trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados, junto a problemas como la cleptomanía, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía, y la tricotilomanía.

González también comenta que, más tarde, en la Octava Conferencia Internacional sobre juego que tuvo lugar en Londres en el año 1990, todas las comunicaciones abordaron el juego patológico dentro de la teoría general de las adicciones, y, citando a Rosenthal y Lesieur (1990) afirman que estos investigadores recogieron la opinión unánime de considerar el juego patológico como un trastorno de tipo adictivo presentando una propuesta diagnóstica para el juego patológico, con el fin de que fuera incluida en el manual diagnóstico de 1994, - DSM-IV - , definiéndolo como:

[...] un deterioro del control de la conducta de juego, que se manifiesta por un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. El sujeto seguirá jugando, a pesar de que su conducta distorsiona o lesiona objetivos personales, familiares o profesionales. Los criterios diagnósticos estarían dentro de las siguientes categorías: 1) Progresión; 2) Preocupación; 3) Intolerancia a las pérdidas; 4) Indiferencia a las consecuencias. González Ibáñez (s. f.: 1-2)

Para 1992, el DSM-III-R, APA (1988), hace una especie de vuelco con relación a los criterios diagnósticos del DSM – III; el juego patológico, según este manual, podría clasificarse como una adicción no tóxica, pero la categoría de adicciones en el DSM–III-R se limita a las conductas de ingesta de alcohol y otras drogas. Echeburúa y Báez (1990) dicen que en todo caso: “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.” Más adelante y tras este aporte, en la clasificación diagnóstica del DSM-IV se colocarán estas cinco categorías específicas:

- Trastorno explosivo intermitente.
- Cleptomanía.
- Juego patológico.
- Piromanía.
- Tricotilomanía.
- Además, una categoría residual llamada “Trastorno de Control de los Impulsos no Especificado”, que incluiría trastornos del control de impulsos que no cumplen los criterios de unos trastornos específicos y una categoría residual. Según el DSM-IV, los trastornos del control de impulsos se caracterizan por un impulso irresistible a realizar actos dañinos y se definen por tres características esenciales: fracaso en resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para el individuo o para los demás; sensación creciente de tensión o de activación antes de llevar a cabo el acto; experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto.

De otro lado, en 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluye el juego patológico en su Manual Estadístico de Enfermedades, CIE 10.

Finalmente, y para una mayor comprensión, a continuación se presentan los criterios diagnósticos del juego patológico consignados en DSM-IV (APA, 1995) y el CIE 10.

*DSM-IV (APA, 1995) F63.0: Juego Patológico. [321.31]*

*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 (tratando de cazar las propias pérdidas).*
- 7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.*
- 8. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.*
- 9. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo, 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. La conducta de juego no se encuentra asociada a un episodio maniaco.*

Estos criterios diagnósticos planteados por el DSMIV- TR se fortalecen en el jugador a partir de diferentes distorsiones cognitivas que cumplen la función de perpetuar y mantener los pensamientos y actos relacionados con el juego, afectando la percepción de la problemática y aumentando la conducta adictiva.

Entre las distorsiones cognitivas que sobresalen en el juego patológico se encuentran: “La negación o minimización del problema; la ilusión de control, es decir, la percepción de que el juego está bajo control o depende de su habilidad; los recuerdos selectivos de las ganancias en el juego y el olvido de los momentos amargos sufridos; y la subestimación de las pérdidas”. (Ochoa et al., 1994), citados por Echeburúa (2000:.32).

*CIE 10 (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.

También menciona 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.

Vistos los criterios diagnósticos para el juego patológico, de la Asociación de Psiquiatría Americana –DSM IV– y el de la Organización Mundial de la Salud –CIE 10–, puede observarse que estos son similares, aunque no los mismos. Ambos manuales presentan algunas coincidencias, dado que ambos citan la preocupación del jugador por el juego o circunstancias relacionadas, su fracaso al intentar parar la conducta y los consecuentes sentimientos de irritabilidad y malestar emocional. La diferencia está en que el DSM-IV especifica más los criterios al detallar algunas de las consecuencias sociales del juego en el entorno del jugador problema. Así, mientras el CIE-10 es más sucinto, el manual de la APA se extiende en descripciones, como sucede en el aparte que dice: “el jugador aumenta cada vez la cantidad apostada intentando recuperar lo perdido, con el juego busca escapar a dificultades disfóricas; para ello roba, pone en peligro (a sí mismo, a su familia, a sus relaciones, a su trabajo), falsifica, hace fraude, abusa, miente, roba y otras muchas conductas más”. (APA, 1995).

Igualmente el DSM-IV R incluye, entre las características descriptivas de la ludopatía, trastornos asociados, mencionando que:

Los individuos adictos al juego patológico son con frecuencia altamente competitivos, enérgicos, inquietos y se aburren fácilmente. Pueden estar excesivamente preocupados por la aprobación de los demás y ser generosos hasta la extravagancia. Cuando no juegan pueden ser adictos al trabajo o a trabajar “a atracones” cuando se aproxima el vencimiento de algún compromiso.

Agrega el DSM IV, que las personas con problemas de juego patológico, están predispuestos a presentar enfermedades médicas asociadas al estrés (p. ej., hipertensión, cardiopatías,

úlceras gastroduodenales, migraña). Los individuos que buscan tratamientos para el juego patológico presentan tasas relativamente altas de ideación suicida. Los estudios realizados en hombres adictos al juego patológico sugieren que los antecedentes en la infancia de síntomas de hiperactividad con déficit de atención, pueden constituir un factor de riesgo para la aparición posterior de este trastorno.

En los individuos adictos al juego patológico se ha observado una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo, abuso o dependencia de sustancias, así como de otros trastornos del control de los impulsos y trastorno antisocial, narcisista y límite de la personalidad.

Finalmente, y con respecto al diagnóstico del juego patológico, es importante referir que los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), CIE-10 revisten un carácter monotético –es decir, requieren el cumplimiento de A más B más C más D–, mientras que los criterios diagnósticos del DSM-IV son de tipo politético –es decir, requieren 5 síntomas de una lista de 10–. Además, los criterios diagnósticos de la CIE-10 exigen el antecedente de “dos o más episodios de juego durante un periodo de mínimo 1 año”.

### **Tipos de jugadores y sus comportamientos**

Como se puede observar en la siguiente clasificación, el estudio de los diversos tipos de jugadores ha sido objeto de interés por parte de autores que han analizado el juego patológico. Del mismo modo, en el caso de las consideraciones acerca de la ludopatía, se ha podido ir observando una evolución en los aspectos que se han destacado a la hora de establecer una tipología y en el modo en que han sido tratados. (Custer, R. & Milt, H., 1985)

Se mencionarán a continuación algunos autores, revisados por Domínguez Álvarez (2007), y las tipologías, así como los fundamentos de las mismas. (Ver cuadro N.º 1).

**Cuadro N.º 1. Tipologías, autores y fundamentos de la ludopatía**

AUTORES	CRITERIOS	TIPOS DE JUGADORES
Morán (1970)	De mayor a menor frecuencia	-Neurótico -Sicopático -Impulsivo - Subcultural - Sicótico
Kusyszyn (1978)	Cuatro factores: -Ganancia o pérdida de dinero -Tiempo de dedicación - Existencia de personas afectadas negativamente -Tipo de sentimientos hacia su conducta	Dieciséis tipos resultantes de la combinación de los cuatro factores
Custer y Milt (1985)	Atendiendo a las motivaciones	Dentro de los jugadores con problemas: "Social serio, de alivio y escape"  "Explosivo y tranquilo"
Mc Cormick y Taber (1987)	Atendiendo a características psicológicas y sociales	Características obsesivo-compulsivas, depresión endógena, traumas, abuso de drogas y buena socialización. Compulsividad relativamente elevada, ansiedad y depresión moderadas, abuso de alcohol y baja socialización. Alta compulsividad, hostilidad, más que depresión. Traumas.
González (1989)	Atendiendo a las motivaciones y las consecuencias	- Social. - Profesional - Patológico
Moody (1990)	Atendiendo al tiempo, motivaciones, control y consecuencias	- Serio - Dependiente - Compulsivo
Ochoa y Labrador (1994)	Según el tipo de conducta y todo lo que lo rodea	- Social - Profesional - Problema - Patológico

Fuente: Domínguez Álvarez, A.M. (2007).

Una de las clasificaciones que mayor respaldo empírico ha obtenido es la propuesta por González (1989), citada por Urdaniz (1997). Esta autora, después de haber analizado distintas clasificaciones, diferencia tres tipos de jugadores según las motivaciones para el juego y las consecuencias del mismo:

*Jugador social:* es aquel que juega para pasar el tiempo, por placer, entretenimiento o en el marco de una interacción social. Las pérdidas en el juego están programadas, establecidas y son aceptables. El jugador tiene un control total sobre la conducta de juego y puede abandonarla o dejar de realizarla cuando lo desea (tanto si está ganando como perdiendo). Esta capacidad de control puede ser debido a una combinación de tres factores (Custer, 1984, citado por González (1989): “el resultado de las apuestas no influye en la autoestima personal, otros aspectos de la vida son más importantes y reforzantes, y raramente se experimenta una gran ganancia (ganancias y pérdidas son generalmente modestas)”.

*Jugador profesional:* en este caso, el juego constituye para la persona su forma de vida, su profesión y con lo que se gana la vida. Participa en juegos donde es importante la habilidad, la destreza y el conocimiento del juego (ej. cartas, billar...) o hace trampas para ganar (Labrador y Becoña, 1994). El jugador profesional mantiene un control sobre su conducta de juego, estudiando las jugadas que le permitan obtener beneficios (apuesta tras realizar un cuidadoso cálculo y luego de pensar muy bien la jugada, no llevado por la pasión).

*Jugador patológico:* es aquel que se caracteriza por su pérdida de control y la incapacidad de parar de jugar. . En este caso no juega por entretenimiento sino por necesidad, para calmar la ansiedad, recuperar lo que ha perdido o seguir ganando más. El jugador patológico, según Gonzalez (1989), presenta una “conducta de juego descontrolada que sigue las siguientes pautas: 1) una frecuencia de juego y/o inversión en tiempo y dinero extraordinariamente altas; 2) la apuesta de una cantidad de dinero superior a la planeada, y 3) los pensamientos

recurrentes y el deseo compulsivo de jugar, sobre todo cuando ha perdido”. En este mismo sentido (Echeburúa, 1992, también citado por la Urdaniz, 1997), afirma que “es también característico del jugador patológico, la necesidad subjetiva de jugar para recuperar el dinero perdido, así como el fracaso reiterado en el intento de resistir el impulso de dejar de jugar. Desde una perspectiva cognitiva, el optimismo irracional y el pensamiento supersticioso son distorsiones cognitivas presentes en el jugador patológico”. En definitiva, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia en el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1994).

Según Urdaniz (1997), a la clasificación propuesta por González (1989), Ochoa y Labrador (1994) añaden una cuarta categoría: el jugador problema. “Éste se caracteriza por llevar a cabo una conducta de juego frecuente o diaria, con un gasto habitual de dinero que en alguna ocasión, por excesivo, le acarrea problemas, pero que no llega a la gravedad del jugador patológico. Tiene menos control sobre sus impulsos que el jugador social, y el aumento en la regularidad del juego le exige gastar con mayor intensidad y dedicación. Aunque suele atender regularmente a su familia y trabajo, llevando una vida normal, el aumento en la regularidad del juego exige gastar el tiempo y el dinero con mayor intensidad. Si la cantidad de dinero dedicada al juego aumenta y se está en el límite de no poder hacer frente a las pérdidas o surge algún problema que lleve a un incremento en la conducta de juego, puede convertirse en jugador patológico”. Por estas razones se le considera persona con alto riesgo de convertirse en jugador patológico (Ochoa et al., 1994).

### ***Algunas características de los jugadores patológicos***

Según la Fundación Colombiana de Juego Patológico en su página web (<http://www.juego-patologico.org>), “hoy por hoy no existe evidencia que permita establecer un perfil único de personalidad en el marco de las adicciones, por lo que se

está atendiendo con mayor fuerza a factores más específicos relacionados con el juego patológico como la búsqueda de sensaciones, desinhibición, locus de control, susceptibilidad al aburrimiento, nivel de ansiedad y estado de ánimo”.

Según esta Fundación, algunas de las siguientes serían características propias de jugadores patológicos, expuestas por el DSM-IV (APA, 1995) en F63.0, juego patológico:

- Suelen descontrolarse y ser incapaces de dejar de jugar, incluso cuando desean hacerlo.
- Tienden a apostar cada vez mayores cantidades de dinero, mucho más de lo que tenían planeado, por lo que una vez que comienzan las pérdidas y las deudas, es muy frecuente intentar recuperar el dinero perdido a través del juego; sin embargo, lo único que se consigue es una deuda mayor.
- Fracasan constantemente en sus deseos de intentar controlar, interrumpir y detener el juego. Normalmente, los jugadores patológicos se preocupan por revivir las experiencias de juegos pasados.
- Necesitan jugar con mayores cantidades de dinero para así obtener el grado de excitación deseado, o que alguna vez experimentaron.
- Tienden a cambiar de estados de ánimo, se vuelven intranquilos, e irritables cuando intentan interrumpir o detener el juego.
- Muchos de ellos juegan como una manera de escapar de los problemas, o de sentimientos intolerables.
- Mienten a su entorno: después de haber perdido dinero engañan a los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros, para ocultar el grado de implicación que tienen con el juego.

- Algunos pueden cometer actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza para obtener dinero y jugar.
- Arriesgan o pierden relaciones importantes y significativas, tanto en el trabajo como en su entorno más próximo. Tienden a perder oportunidades educativas y laborales debido al juego.
- Necesitan que les den dinero, es decir, confían en que los demás les proporcionen el dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

### ***Consecuencias del juego patológico en la vida de una persona***

Como se ha esbozado en líneas anteriores, muchas conductas normales –entre las que se encuentran el juego y/o la apuesta–, se pueden hacer anormales en función de la intensidad, frecuencia o cantidad de dinero que se invierta, así como en función al grado de interferencia que exista en las relaciones familiares, sociales y laborales. El paciente pierde el control cuando desarrolla una actividad determinada y continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas. Basados en la información que ofrece Cedro.org en su artículo “¿Cómo afecta el juego patológico a las distintas áreas de la vida de una persona?”, se enumeran las siguientes consecuencias en la vida práctica:

*A nivel personal.* El jugador miente para ocultar su problema; su estado de ánimo cambia y cree que es normal sentirse triste, ansioso y con una idea negativa de sí mismo. Sólo se encuentra bien cuando se encuentra jugando.

*A nivel económico.* Puede perder mucho dinero más rápidamente de lo que le cuesta ganarlo; incrementa los préstamos y deudas, lo que puede llevarlo a cometer actos delictivos como: robar y estafar, entre otros.

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

*A nivel laboral.* El rendimiento en su trabajo disminuye, comete inasistencias y retrasos en el cumplimiento de sus responsabilidades, lo que puede poner en peligro su situación laboral.

*A nivel familiar.* Comienzan los problemas con la pareja y la familia. Existe un descuido por las actividades de la casa; muchas veces ponen en peligro el patrimonio familiar por el juego. Comienza una ruptura gradual con los miembros de la familia, a los que cada vez dedica menos tiempo, tanto en cantidad como en calidad.

*A nivel social.* Tiene poco tiempo para relacionarse con otras personas. Es habitual que los amigos se alejen de él para evitar problemas, lo cual le provocará sensación de aislamiento e incremento de emociones negativas.

*A nivel de la justicia.* Puede llegar a tener problemas judiciales e incluso ir a la cárcel.

En el cuadro N.º 2 se resumen las consecuencias del juego patológico.

### Cuadro N.º 2. Consecuencias del juego patológico

ÁREA PSICOLÓGICA	ÁREA SOCIAL	ÁREA FAMILIAR
Irritabilidad Apatía y depresión Tensión emocional Baja autoestima Sentimientos de culpa Ideas suicidas	Aislamiento Ausencia de aficiones Desvinculación de las amistades	Mentiras constantes Clima de desconfianza Deterioro de la comunicación
ÁREA LABORAL	ÁREA ECONÓMICA	ÁREA SOMÁTICA
Disminución de la atención Disminución de la concentración Disminución del rendimiento laboral	Deudas cuantiosas Incumplimiento de pagos Empobrecimiento	Insomnio Falta de apetito Dolores de cabeza Dolores de estómago

Fuente: Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación (s.f.).

## Fases del desarrollo del juego patológico

A decir de Echeburúa (citado por Urdaniz, 1997), el tránsito del juego normal a la ludopatía no siempre es lineal. Cuando una persona comienza a jugar más dinero de lo que tenía planeado –generalmente debido a las pérdidas, para intentar recuperar lo perdido y hacer frente a las deudas, continuando con el juego incluso bien sea que vaya perdiendo o ganando, sobre todo cuando ocurre lo primero reiteradamente –, y recurre a mentiras para ocultar que está jugando, ese individuo está en la antesala del juego patológico. Éste se caracteriza por la pérdida de control, la dependencia emocional respecto al juego y la interferencia grave en la vida cotidiana y en las relaciones familiares y sociales del sujeto. La ansiedad y el malestar sentido por el ludópata cuando no puede o se le impide jugar, son muy similares al deseo compulsivo y al síndrome de abstinencia sufridos por los consumidores de drogas

Han sido varios los autores que han tratado de describir las diferentes fases por las que pasa un jugador hasta convertirse en un ludópata. Para Custer (citado por Urdaniz, 1997), “el desarrollo y progresión del juego patológico sigue un patrón uniforme. El juego suele comenzar en la adolescencia, aunque puede hacerlo en cualquier edad, transcurriendo desde las primeras apuestas hasta la pérdida total de control un promedio de cinco años (con límites entre uno y veinte años)”. Según este autor, el jugador pasa por tres fases:

*Fase de ganancias.* La persona juega con poca frecuencia. La suerte lo acompaña y obtiene premios. Comienza a dar gran importancia a las ganancias y a subestimar las pérdidas. El ganar le aumenta su optimismo y autoestima. Esta fase puede durar varios meses a varios años.

*Fase de pérdidas.* Durante esta etapa el jugador, debido a su ansiedad y todavía con el optimismo de la fase previa de ganancias, busca cada vez obtener mayores premios, arriesga más y por tanto progresivamente va aumentando la frecuencia,

la cantidad de dinero y las horas de juego, lo que incrementa las pérdidas y, con ello, los problemas. Entre ellos, las deudas, pues cuando su dinero se agota, el jugador tiene que acudir a otras fuentes (personas cercanas, bancos, prestamistas, etc.), entrando en un círculo vicioso que lo lleva a jugar cada vez más para tratar de recuperar lo que ha perdido y viendo en el juego la única opción para poder obtener dinero con lo cual poder pagar lo que debe. Según Lesieur (citado por Urdaniz, 1997), una vez que la persona se ha hecho ya jugadora habitual, el factor más importante que va a posibilitar que se convierta en jugador patológico es su susceptibilidad al préstamo.

Las deudas y demás dificultades de orden psicosocial que esta conducta trae hacen que el jugador busque ayuda y confiese a la pareja, la familia, los amigos, etc., la dificultad que tienen con el juego, prometiendo que va dejar de hacerlo; intención ésta que no dura mucho, pues una vez ha pasado la tormenta ocasionada por los problemas y la persona consigue dinero, vuelve de nuevo a jugar.

*Fase de desesperación.* Durante esta fase, el juego ocupa una parte importante de la vida de la persona, aumentando cada vez más la frecuencia y el número de horas que invierte en tal actividad. El jugador sólo vive para jugar, se despreocupa totalmente de la familia, amigos y trabajo, aumenta los riesgos y se ve implicado en mayores problemas financieros y legales: cheques sin fondos, apropiación de dinero, prestamistas, etc. En esta fase, el jugador, además de tener graves problemas económicos, familiares, sociales y laborales, tiene alteraciones emocionales (depresión, irritabilidad, poca tolerancia), trastornos del sueño, poco apetito, se siente psicológica y fisiológicamente agotado y desesperado, pudiendo llegar incluso a pensar en el suicidio. Muchos, durante esta etapa, empiezan a considerar seriamente en dejar de jugar y para ello buscan ayuda.

Lesieur y Rosenthal (citados por Urdaniz (1997), añadieron a las fases propuestas por Custer (1984), una cuarta fase de desesperanza o abandono, en la que a los jugadores los invade

una serie de pensamientos irracionales, como la creencia que nunca podrán dejar de jugar y aun sabiendo que no van a ganar juegan hasta quedar agotados. “El pronóstico en esta fase es muy malo ya que a la conducta de juego compulsivo se une al convencimiento de que es inútil hacer nada para intentar solucionarlo”. (Urdaniz, 1997).

Finalmente podría hablarse de una quinta fase: la aceptación, en donde tras un período de tiempo que cambia acorde a la personalidad ludópata, ésta se da cuenta de la existencia de su problema con relación al juego, hecho que hace , en los casos más positivos, que el jugador busque ayuda para superar el problema. Esta fase podría corresponder a la fase de contemplación, de los estadios de cambio de Prochaska, Diclemente & Norcross (1992).

En el cuadro N.º 3, se resumen las fases del jugador patológico

**Cuadro N.º 3. Fases del jugador patológico**

FASE DE GANANCIAS	FASE DE PÉRDIDAS	FASE DE DESESPERACIÓN
La persona todavía juega poco. Da importancia a las ganancias y minimiza las pérdidas, aumentando su optimismo y autoestima.	Con el optimismo, cada vez juega más tiempo y cantidad de dinero. Cuando el jugador pierde todo su dinero, tiene que recurrir a otras fuentes (familia, bancos, etc.) y cuando las deudas se disparan ve el juego como la única opción para recuperar dinero y poder pagar las deudas; juega para recuperar lo perdido. Aquí es cuando el jugador se ve obligado a confesar el problema e incluso promete dejar de jugar, pero esto dura poco, ya que una vez ha conseguido el dinero vuelve a jugar.	El jugador sólo vive para jugar, despreocupándose totalmente de la familia, amigos, trabajo,... Por ello, aumentan los riesgos y se ve implicado en mayores problemas financieros y legales. En esta fase se sienten agotados y desesperados tanto física como psicológicamente. Llegado a este punto, la persona ve pocas alternativas: el suicidio, la cárcel, escapar o buscar ayuda.

Fuente: "¿Cómo detectar ludopatía en los servicios sociales? Guía práctica para los profesionales. Asociación" Alavesa de Jugadores en Rehabilitación.

## Teorías y modelos explicativos del juego patológico

Son varios los modelos y teorías que intentan explicar el origen y la patología de la ludopatía. Según la página electrónica Azajer.com, de la Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación, las más significativas son:

*Modelo de Jacobs.* Jacobs (1986) propone que la adicción al juego “es un estado dependiente que una persona con predisposición adquiere a lo largo del tiempo, en su intento de aliviar una conducta de estrés crónico”. Según este autor, dos son los factores que potencian y mantienen la conducta adictiva:

- Un nivel de *arousal* fisiológico percibido como crónico que puede estar en los dos extremos de un continuo: aumentado (excitado)- disminuido (deprimido), pero de cualquier modo desagradable para el individuo.
- Un factor de predisposición de naturaleza psicológica con sentimientos de incapacidad, inferioridad y sentido generalizado de ser rechazado.

El impacto de estos dos factores impide que las personas desarrollen interacciones sociales y habilidades de afrontamiento al estrés, lo que les convierte en personas vulnerables ante situaciones o experiencias que alivien su nivel de *arousal* o su auto imagen. De este modo cuando descubren la conducta adictiva como un modo eficaz de responder a la sensación de estrés crónico, este refuerzo positivo hará que la conducta se repita cada vez más.

*Modelo de Blaszczynski y colaboradores.* Los autores Blaszczynski, Winter & McConaghy (citados por Azajer, 2004b), postulan que:

[...] deficiencias en el nivel de endorfinas-B pueden predisponer a algunas personas a responder positivamente a actividades que incrementen el *arousal* y los niveles de

endorfinas y, de este modo, el estado de ánimo. Personas con estrategias inadecuadas de afrontamiento o determinadas características de personalidad podrían utilizar al juego para contrarrestar sentimientos desagradables, buscando un nivel de *arousal* óptimo. De este modo, con las repeticiones reforzarían esta asociación, incrementando las respuestas como un modo de reducir la ansiedad y la depresión mediante un incremento en la endorfina-B o mediante un escape emocional (refuerzo negativo) en otros. Pero este efecto sólo es temporal. Cuando las pérdidas asociadas al aumento de juego incrementan los estados de ánimo disfóricos y de ansiedad, la persona buscará jugar de nuevo.

Cada vez necesitará aumentar más las apuestas (debido a la tolerancia), las pérdidas serán mayores y, por tanto, jugará cada vez más para poder recuperarse. Cuando trate de detener el juego, se incrementará su malestar y esto hará que nuevamente juegue.

*Modelo de Brown.* Este autor sostiene la teoría de la reversión, basada en el arousal y partiendo de la teoría de la reversión de Apter (1982). La hipótesis principal de esta teoría es la existencia de estados alternativos en los cuales el individuo puede experimentar diversas motivaciones en un momento dado. Para Brown (1986) el pulso del jugador aumenta cuando está jugando; el juego lo excita y esto le refuerza seguir apostando. La activación es significativamente mayor en los jugadores patológicos (Leary y Dickerson, 1985). El modelo de Brown incluye en su teoría como elemento importante la búsqueda de sensaciones de Zuckerman (1979) en donde se postula que la repetición constante de un acto que mantenga activo y con placer a un sujeto puede hacer en jugadores regulares que se produzca un condicionamiento pavloviano y por tanto un jugador patológico se hace adicto por la propia activación y los efectos físicos y psicológicos que esta produce.

*Modelo de McCormick y Ramírez.* McCormick y Ramírez (citados por Azajer, 2004b), identifican cinco factores que pueden dar lugar al juego patológico: “Una predisposición biológica, un fracaso en la socialización, vivencias estresantes

en las primeras etapas de la vida, determinadas variables de personalidad y situaciones estresantes recientes”. Según estos autores, cuando la persona sufre un trastorno emocional (estrés, ansiedad, depresión, etc.) y no tiene las habilidades necesarias para afrontar esto, puede buscar las conductas adictivas como modo de hacerle frente. La elección de jugar como conducta adictiva dependerá de la exposición, la accesibilidad al juego y los refuerzos positivos que obtenga. Una vez que la persona descubre que el juego alivia sus malestares, volverá a buscar esta actividad cada vez que tenga un estado de ánimo desagradable; “irá aumentando cada vez más su juego, hasta que llega a entrar en un círculo vicioso: estado de necesidad (ansiedad, aburrimiento...), juego, rebote más intenso del estado de ansiedad, más juego”. (Azajer, 2004b)

### **Factores implicados en la conducta del juego patológico**

En la ludopatía, al igual que en la mayoría de las demás adicciones, ningún factor por sí sólo puede explicar el inicio y desarrollo de este problema, sino que más bien habría que hablar de una multicausalidad: probablemente factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales estén influyendo e interactuando en la complicada estructura de esta patología. (Urdaniz, 1997)

Este autor, distingue cuatro tipos de factores que pudieran explicar por qué una persona comienza a jugar: psicológicos, biológicos, familiares y socioambientales.

En cuanto a las dimensiones de personalidad, aún no hay evidencia empírica ni teórica que permita hablar de un tipo de personalidad específico, sino más bien de factores y variables que de forma matizada y parcial pueden caracterizar aspectos englobados dentro de la categoría del juego patológico (Labrador, Becoña, 1994). De entre todos ellos, ha destacado por su poder discriminativo el factor denominado “búsqueda de sensaciones”, que se caracteriza por la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias diversas, nuevas y complejas, así como por el

deseo de verse implicado en riesgos físicos y sociales, como consecuencia de tales experiencias. (Urdaniz, 1997)

Urdaniz (1997) también, afirma que otros factores predisponentes de ludopatía ligados a la personalidad que se han estudiado son por ejemplo el “locus de control” externo, un estilo cognitivo caracterizado por un pensamiento supersticioso, un estilo atribucional interno, global y estable referido a los sucesos negativos, una baja autoestima, y unas habilidades de afrontamiento muy limitadas. Con este tipo de estilo atribucional, característico de la depresión, la conducta de juego puede funcionar como un medio de afrontamiento, por su carácter de alta activación, para hacer frente a las conductas depresivas.

Aunque todavía no está claro el peso que tienen las variables biológicas en la conducta de juego patológico, sí existen estudios que indican que dichas variables pueden desempeñar un papel decisivo. En la década de los 80 y principios de los 90, se han encontrado diferencias entre los jugadores patológicos y el resto de la población en algunas variables fisiológicas: 1) déficit de noradrenalina (Blaszczynski et al., 1986, Roy et al., 1988)—, que para Roy y sus colaboradores (1988) sería causado por un trastorno en el sistema noradrenérgico central. 2) Problemas en la diferenciación hemisférica, similares a los encontrados en el trastorno por déficit de atención (Carton y Manowitz, et al 1987; Goldstein et al., 1985). 3) Por otro lado, se ha observado un aumento en la síntesis y liberación de sustancias como la serotonina u opiáceos endógenos ligado al comportamiento y pensamientos asociados al juego (Blaszczynski et al., 1986; Urdaniz, 1997; Griffiths, 1991).

De otro lado y con respecto a los factores de riesgo personales, la página web de la Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación afirma que éstos se refieren a aquellas características de la personalidad del individuo que le predisponen a utilizar el juego como vía de escape a sus problemas de ansiedad, búsqueda de sensaciones, ocupación del tiempo libre u otro tipo de adicciones, donde no se excluyen

otros factores psicológicos como depresión, ansiedad, estrés, autoestima, autocontrol, dependencia. Dichas variables son fundamentales al indagar sobre la etiología adictiva. De igual manera, habría que tener en cuenta otros elementos como la activación, el estrés, la ansiedad, la dependencia, la autoestima y la relación de éstas con la depresión.

Entre los factores socioambientales cabría destacar la gran oferta de juegos disponibles, la gran difusión de éstos en los medios de comunicación (en los que se transmite la posibilidad de hacernos ricos en poco tiempo, con poco dinero y escaso esfuerzo) y la fácil accesibilidad a los mismos (Botella & Robert, 1994).

Azajer afirma que también existen factores sociales y culturales que generan la disponibilidad y el acceso al juego, la aceptación social que incrementa la prevalencia a éste, y el poder de persuasión de los medios masivos de comunicación. La recopilación de textos sobre ludopatía de López (2005) cita a McCormick y Ramírez para decir que el proceso de la socialización en la familia es muy importante como factor de riesgo en el desarrollo del juego patológico. La manera como el sujeto aprende a interactuar de manera competente y eficaz con el entorno influye en su desarrollo. En los jugadores con problemas es frecuente encontrar una serie de creencias irracionales acerca de su falta de habilidades sociales; cree que nada de lo que haga será suficiente y que nunca podrá superar sus debilidades. En esta medida, el juego le ofrece la oportunidad de sentir que gana y que es capaz, lo que le permitirá tener la aprobación y el reconocimiento que nunca podría conseguir por otros medios.

Respecto a los factores familiares, diversos estudios muestran cómo los hijos de padres jugadores o alcohólicos tienen una mayor probabilidad de convertirse en jugadores patológicos. El DSM-III-R (APA, 1987) incluye como factores predisponentes al juego patológico los siguientes: “disciplina familiar inadecuada (falta de disciplina, inconsistencia, permisividad), exposición al

juego durante la adolescencia, familia de origen que da gran importancia al dinero y símbolos materiales determinantes de un estatus social alto, falta de hincapié familiar en el ahorro, la planificación, el realizar presupuestos y, en las mujeres, tener un marido con dependencia alcohólica o ausente con frecuencia de casa. Otros factores predisponentes parecen ser el tener padres con personalidad inestable, altamente competitivos y enérgicos, que valoran mucho la competición y el éxito personal (Greenberg, 1982).

Finalmente y para terminar este apartado relacionado con los factores de riesgo y con la finalidad de dar un panorama más amplio sobre estos, se presenta un listado, referenciado en la investigación de Storti y Calderón sobre caracterización del juego compulsivo e identificación de los factores de riesgo en población adulta jugadora de casinos de la ciudad de Medellín (2006), en la que se encontró lo siguiente:

### ***Factores predisponentes o de riesgo***

#### *Factores personales*

- Alteraciones funcionales.
- Problemas de salud mental.
- Propensión a la enfermedad.
- Altos niveles de estrés.
- Inadecuada utilización del tiempo libre.
- Desajuste emocional.
- Falta de autocontrol.
- Susceptibilidad al aburrimiento.
- Tendencia a la depresión (grupos de mayor riesgo a mayor edad).
- Pérdida de amigos o parientes.
- Alta vulnerabilidad.

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

- Inestabilidad emocional.
- Dependencia afectiva.
- Altos niveles de ansiedad.
- Sentimientos de minusvalía.
- Sentimientos de abandono o soledad.
- Tendencia a la soledad (aislamiento).
- Falta de aprobación.
- Insatisfacción con actual proyecto vital.
- Búsqueda de nuevas sensaciones.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Baja autoestima.
- Escasez o abundancia de recursos económicos.
- Actitud favorable frente al juego de las apuestas.
- La mayoría de adultos mayores tiene más tiempo libre.
- Dificultad de vinculación laboral luego de la jubilación.
- Baja productividad.

### *Factores socioambientales*

- Pocas alternativas de utilización del tiempo libre.
- Incremento extensivo e intensivo de casinos en la ciudad de Medellín.
- Medios de comunicación.
- Actualmente hay mayores oportunidades para jugar y apostar (loterías, internet, caballos, etc.).
- Ambiente muy propicio para el juego.
- Falta de supervisión y control de casinos y casas de juego.
- Bajas exigencias de cumplimiento de la ley.

- Pérdida paulatina del círculo de amigos.
- Poder de persuasión de los medios de comunicación.
- Lazos comunitarios débiles.
- Accesibilidad a los casinos (ubicación).
- Facilidad de acceso a dinero dentro y cerca del casino.
- Horario de atención de 24 horas.
- Cursos especializados para jugadores novatos.
- Ofertas e invitaciones a clientes de los casinos.
- Profusión de la oferta de ganchos publicitarios, como bonos, etc.
- Falta de redes de apoyo social (soporte).
- Falta de educación para el envejecimiento (cultural).
- Ausencia de integración del individuo al núcleo social.
- Jubilación (supone una pérdida de poder adquisitivo, lo que incrementa la baja autoestima).

### *Factores familiares*

- Antecedentes familiares de jugadores de apuestas.
- Antecedentes familiares asociados a conductas adictivas.
- Disciplina familiar inadecuada.
- Ruptura del hogar.
- Despilfarro de bienes.
- Conflictos familiares (crisis).
- Vínculo afectivo débil.
- Inadecuada resolución de conflictos familiares.
- Importancia de la productividad desde lo económico.
- Inadecuados canales de comunicación.

- Ausencia de integración del individuo a la familia.
- Muerte de la pareja.

### ***Factores mantenedores***

En la recopilación de artículos titulada *Ludopatías*, de López (2005), se cita a Custer (1984) para decir que: “Todo tipo de juego genera una cantidad de estrés y tensión, que va a convertirse en el principal factor favorecedor de su mantenimiento. Ese estrés se da como resultado de las pérdidas monetarias que sufre el jugador junto con un sentimiento de inadecuación personal y baja autoestima”.

Se relacionan los factores de mantenimiento con la explicación de que una persona continúe jugando y llegue a desarrollar una dependencia, a pesar de las consecuencias negativas que el juego le pueda ocasionar. Según Urdaniz (1997), los factores mantenedores se agrupan en cuatro categorías: refuerzos positivos y negativos, estímulos discriminativos, creencias y pensamientos irracionales, falta de habilidades para enfrentar el impulso de jugar.

Según Urdaniz (1997), en el juego, la variedad de refuerzos positivos que la persona recibe son muchos y serán diferentes para cada jugador (ilusión de éxito, dinero, poder, emoción, activación fisiológica). La conducta de jugar básicamente se mantiene por reforzamiento intermitente y de razón variable, como por ejemplo el dado por las máquinas tragamonedas (rápido premio, sonidos, luces, etc.), que es el tipo de refuerzo más efectivo para mantener una conducta y el que la hace más resistente a su extinción.

En el caso de los refuerzos negativos, según este mismo autor la persona realiza una conducta para librarse de algo que le hace daño o que le molesta. . Muchos jugadores aprenden que el juego les ayuda a disminuir o eliminar sensaciones o emociones desagradables. Por ello, el juego se puede potenciar ante situaciones de malestar. Según Dickerson (citado por

Urdaniz, 1997), de este modo se llega a crear un círculo vicioso: si la persona juega habitualmente, va a perder, lo cual producirá un estado mayor de depresión y malestar y, además, generará ansiedad; si el sujeto no juega, va a sufrir los efectos ansiógenos por el hecho de evitar el juego.

Por otro lado, a decir de Urdaniz (1997), existe una serie de estímulos que están presentes cuando se juega, como son los sonidos de las monedas cuando se gana, las luces, la música... Con el tiempo, el jugador aprende a asociar estos estímulos con las sensaciones agradables que el juego le proporciona o con el alivio de las desagradables. Se trata de estímulos que atraen la atención del jugador y favorecen que se produzca la respuesta de jugar.

Ciertas alteraciones cognitivas contribuyen también a mantener el juego patológico. La regularidad de participación en el juego facilita el establecimiento de pensamientos irracionales y lleva a asumir más conductas de riesgo. Según Urdaniz (1997), los sesgos cognitivos más importantes que afectan a la percepción del juego son tres:

- 1) *La ilusión de control sobre el resultado del juego.* El jugador patológico piensa que tiene una estrategia, una manera, una forma de jugar, que le permitirá ganar, que de alguna forma puede controlar o predecir el azar (recurre a la habilidad y la suerte para explicar los resultados del juego). Esto ocurre especialmente en los juegos continuos: máquinas tragamonedas, juegos de casino, bingo, ruleta, etc. En estos casos, el jugador patológico tiende a analizar cada una de las apuestas o ensayos de juego, en función de las anteriores y no como un evento independiente.
- 2) *Atribuciones diferenciales en función del resultado.* Los jugadores tienden a atribuir el éxito (ganancias) a factores personales (su habilidad o control sobre el juego), y los fracasos (pérdidas) a factores externos (por ejemplo, mala

suerte). Este sesgo refuerza la creencia del jugador de que el premio siempre está a punto de salir –calculando las veces que tal número ha ganado o el tiempo que lleva la máquina sin botar las monedas–, por lo cual debe seguir jugando. En muchas ocasiones, si el dinero se les ha acabado, hablan con el administrador del casino, para que apague la maquina o se la cuide, no dejando que otro juegue, hasta que nuevamente regresa a seguir jugando.

- 3) *El sesgo confirmatorio*. El jugador sólo atiende y recuerda los resultados positivos (ganancias), interpretándolos como señal de habilidad, destreza, suerte favorable, entre otros, mientras que no atiende o justifica con excusas los resultados desfavorables.

Estos sesgos cognitivos llevan al jugador a establecer una serie de creencias irracionales acerca del juego: situar el error en uno mismo, personificar la máquina, formular hipótesis sobre el juego, etc.

Finalmente y siguiendo a Botella y Robert (1994), hay que decir que todos estos factores mantenedores se consideran determinantes en el desarrollo del comportamiento del juego patológico.

### **Comorbilidad: ludopatía y consumo de sustancias psicoactivas**

La ludopatía con frecuencia se relaciona con otros trastornos mentales. Entre los más comunes se encuentran: el alcoholismo y la adicción a drogas como la cocaína y las benzodiacepinas, además, además de estar íntimamente relacionada con trastornos adaptativos. (Ibáñez, et. al. 2003).

El abuso del juego, al igual que de las sustancias psicoactivas, produce dependencia, generalmente acompañado por diagnósticos duales. Lesieur (1988), identifica tres posibles causas de esta relación:

- El sujeto tiene necesidad fisiológica y psicológica de la estimulación externa que le facilitan las conductas adictivas, aprendiendo socialmente dichos comportamientos que se perpetúan por la incapacidad de controlar sus impulsos.
- En ocasiones, el ludópata utiliza el licor para animarse, para calmar su ansiedad esperando resultados y ganancias, o como alternativa, para ahogar en el alcohol el malestar por las pérdidas.
- Cuando deja de jugar, el jugador se encuentra con mayor vulnerabilidad para continuar la conducta de tomar de manera compulsiva. (Rodríguez-Martos A. 1989).

### **Concepto de factores protectores en ludopatía**

El concepto de *factor protector* podría tener sus inicios a partir del concepto psicoanalítico de la “fuerza del yo”, que se refiere al atributo interno y personal de enfrentar situaciones estresantes. En este mismo sentido, en los años cincuenta, William Hollister habló del *strens*, como antónimo del *stress*, refiriéndose a aquellas características del sujeto y del ambiente que promovía el crecimiento y el desarrollo personal.

En contraste con los factores de riesgo, los factores protectores son considerados como “ese algo” que opera para evitar que el problema se presente. Se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que la persona o los grupos resistan o aminoren los efectos del riesgo, reduciendo por tanto la posibilidad de disfunción y la ocurrencia del daño o de eventos problemáticos (Fraser, citado por Castaño et al. (2005).

En este mismo sentido, un factor protector en ludopatía es aquella característica, atributo o condición situacional o contextual ambiental latente, que atenúa o evita la probabilidad que un evento, daño o problema suceda. Al igual que los factores de riesgo, los factores protectores no actúan aisladamente, sino que ejercen un efecto de conjunto, estableciendo complejas

relaciones funcionales que, en definitiva, dan como resultado que el evento se produzca, se atenúe o que no se presente. A esto, Garmezy (citado por Castaño et al, 2005) lo ha denominado “moderación de stress”.

Los factores protectores son características que disminuyen la potencialidad de verse afectados por eventos negativos. Estas características, que pueden ser detectadas en el individuo, la familia, el grupo o comunidad, favorecen el desarrollo humano, mantienen o recuperan el bienestar y pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo, y por tanto reducir la vulnerabilidad (Castaño et al, 2005). Castro (como lo cita Castaño, et al, 2005), señala que un mismo factor puede ser de riesgo o de protección, según las circunstancias. Un factor protector en sí mismo puede no ser necesariamente positivo, lo que siempre es positivo es su efecto de conducta resiliente. Un factor protector conlleva efectos positivos porque produce resiliencia.

Al respecto, Castaño afirma que en general todo ser humano cuenta con un potencial de recursos latentes (factores protectores) o manifiestas (conductas resilientes) para vivir y desarrollarse aun en la adversidad, aclarando que no todas las personas, aunque cuenten con cualidades, condiciones situacionales o contextuales ambientales, hacen buen uso de dicha facultad. En este sentido Frasser (citado por Castaño et al, 2005) afirma que existen diferencias entre las personas en cuanto a la forma de reaccionar ante las situaciones problemáticas; unas flaquean ante éstas, experimentando desequilibrio o diversos trastornos (ceden a los factores de riesgo) desarrollando conductas riesgosas y problemáticas, y otras se desarrollan exitosamente a pesar de las dificultades; característica ésta de los seres humanos que ha sido denominada resiliencia y que Bernard (citado por Castaño et al, 2005) define como:

[...] la capacidad de una persona de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, lo que implica un conjunto de cualidades (factores protectores) que fomentan un proceso

de adaptación exitosa y de transformación, a pesar de los riesgos y de la propia adversidad.

De forma consecuente con lo anterior, se propone entonces que la prevención a la ludopatía tenga en cuenta los factores protectores desde una línea resiliente, que permita que el individuo se empodere de habilidades sociales que apunten al manejo de toda adversidad subyacente, frente a los factores de riesgo que implica el desarrollo del juego patológico.

Se da cuenta a continuación, por tanto, de un listado de factores protectores encontrados en el tema de la farmacodependencia que se pueden aplicar también al tema de ludopatía.

### **Clasificación de factores protectores**

#### *Factores socioculturales*

- Entrega de mensajes que promuevan modelos positivos por medio del uso de medios de comunicación.
- Buena integración a la escuela y al trabajo, así como motivación por las actividades escolares o laborales.
- Reducción de la disponibilidad de juegos de suerte y de azar en el ambiente donde se vive.
- En el ámbito de la organización social, dar soluciones a los problemas de la comunidad, integrando redes sociales.
- Generación de oportunidades laborales.
- Abrir espacios de participación y recreación.
- Práctica de valores solidarios.
- Participación en actividades humanitarias.
- Participación en actividades comunitarias y sociales.
- Apoyo social y oportunidades positivas en su entorno.
- Promoción de actividades grupales positivas.

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

- Modelos de ocio alternativo: práctica de deporte, afición a la lectura, amor a la naturaleza (excursionismo, viajes, actividades al aire libre, etc.), participación en actividades artísticas y culturales, *hobbies*.
- Éxito en las primeras experiencias laborales.
- Grado de satisfacción en el trabajo que realiza
- Integración en el barrio y comunidad.
- Mensajes propositivos sobre la prevención en ludopatía.
- Grado de respaldo/aceptación de diversas medidas restrictivas para disponibilidad y ofertas de juegos de apuestas y de azar.

### *Factores familiares e interpersonales*

- Grupo familiar estable, independiente de si corresponde al núcleo familiar básico.
- Buen nivel de comunicación entre los miembros de la familia.
- La disciplina familiar es flexible y consistente en el tiempo.
- La familia constituye un núcleo donde se da lugar a la ternura y al intercambio afectivo.
- Entre los miembros de la familia no existen antecedentes de jugadores patológicos.
- Existe una red social de apoyo.
- Se tiene reconocimiento social.
- Compromiso en la formación de los hijos.
- Ser un modelo coherente.
- Enseñanza en el mantenimiento de los valores.
- Brindar y conservar un clima afectivo.

- Disfrutar con los hijos del tiempo libre.
- Contar en la familia las dificultades circundantes.
- Resolución adecuada de conflictos.
- Información y diálogo sobre la problemática en ludopatía.

### *Factores individuales*

- Tener sensación de logro y valoración frente a lo que uno hace (autoestima y autoeficacia).
- Ser asertivo y tener una buena capacidad para comunicarse.
- Tener proyectos personales y sociales.
- Poseer una escala de valores (religiosos, políticos, etc.) que canalice las inquietudes y otorgue un sentido a la propia vida.
- Dar un lugar al placer en la vida cotidiana.
- Valores positivos respecto a la salud y su propio cuerpo.
- Autonomía y razonamiento crítico.
- Habilidades sociales.
- Sentido de la responsabilidad.
- Diversificación de intereses y ocupación satisfactoria del tiempo libre.
- Objetivos claros y alcanzables en el proyecto de vida.
- Grado de satisfacción actual en su vida.

### *Factores escolares*

- La integración escolar.
- Gusto por el estudio.

- Sintonía con los educadores.
- Respeto por la normatividad escolar.
- Relaciones con los compañeros de grupo positivas.
- Acompañamiento de los padres en la formación de los hijos.

### **Tratamiento de la ludopatía**

El tratamiento es un proceso que se fundamenta en un conjunto de intervenciones organizadas, orientadas a apoyar y generar estilos de vida saludables, que permitan la recuperación y la reinserción socio-laboral.

El tratamiento de las personas con ludopatía se inicia con el reconocimiento del problema. Debido a la asociación existente que tiene el jugador patológico con la negación de la problemática, muchas veces estas personas no admiten que necesitan intervención. Es necesario tener en cuenta que un gran porcentaje de los ludópatas emprenden el tratamiento bajo presión de otros, más que por haber aceptado voluntariamente la necesidad del tratamiento.

El tratamiento debe ser guiado por un equipo multidisciplinario de profesionales (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, pedagogo reeducador, abogado, entre otros). Se deben realizar terapias individuales, de pareja, familiares o de grupo, según las características particulares de la persona, considerando no sólo los problemas de comportamiento, sino también las dificultades físicas y las repercusiones afectivas, psicológicas, emocionales, familiares, laborales, sociales, jurídicas y financieras.

En un principio, los tratamientos para ludópatas se han sustentado en los programas que ya existían para el tratamiento del alcoholismo. Según el National Council on Problem Gambling (2007) hay más de 41 programas distintos en Estados Unidos. La mayor parte de programas de tratamiento norteamericanos,

ya sean ambulatorios o en régimen de internamiento, están orientados hacia el consejo profesional, las psicoterapias grupales y la asistencia a Jugadores Anónimos.

La propuesta terapéutica existente a nivel internacional para los ludópatas se centra principalmente en el modelo ambulatorio, buscando abstinencia total o parcial en la conducta de juego. La mayoría de los programas están orientados a la abstinencia total, pero también se encuentran propuestas y estudios que notifican de la eficacia del juego controlado (Dickerson & Weeks, Rankin, citados por Ladouceur, 1993). Estos autores argumentan que:

[...] para algunos jugadores, este objetivo asegura la adhesión al tratamiento ya que la persecución de la abstinencia entraña un fin prematuro de la terapia. Este tipo de terapia se cree más atractiva, realista, facilita la búsqueda de ayuda profesional, evita parcialmente los abandonos del tratamiento y fomenta la cooperación con el terapeuta, aunque los resultados son más inciertos por la poca rigurosidad de los estudios. (Rodríguez-Martos, 1987)

Como premisa básica en el tratamiento de la ludopatía, la mayoría de autores considera que el juego patológico es un trastorno de etiología multifactorial causado por la interacción de mecanismos genéticos con condiciones ambientales determinadas. Por este motivo, es poco probable que una sola forma de terapia, ya sea la psicoterapia o la medicación, sea efectiva en el tratamiento de estos pacientes si es empleada como modalidad terapéutica única (Blanco et al, 2001).

Dentro de los tratamientos propuestos para el juego patológico se distinguen tres líneas de intervención: tratamientos farmacológicos, psicológicos y grupos de autoayuda.

### ***Tratamiento farmacológico***

De acuerdo con las investigaciones hasta la fecha, se han detectado tres grupos de medicamentos que han sido útiles para

la intervención con ludópatas y que están relacionados con la presencia de un neurotransmisor específico:

- Según Carlton & Manowitz, Linnoila y Jacobs (citados por Blanco et al., 2001), en los casos de ludopatía se emplea la administración de inhibidores selectivos como la clomipramina y la fluvoxamina, que aumentan los niveles de serotonina asociados al control de impulsos.
- O'Malley et al. y Volpicelli et al. (citados también por Blanco et al., 2001), afirman que los desórdenes adictivos relacionados con la dopamina, requieren un tratamiento específico con naltrexona, para la modulación de vías dopaminérgicas.
- Moskowitz, (citado por Blanco et al., 2001), afirma que los diferentes factores emocionales del ludópata requieren de estabilizadores del estado de ánimo, donde prescribir litio puede ser importante. Haller y Hinterhuber, por su parte, citados por los mismos autores, postulan que la carbamazepina es el medicamento indicado para dicho tratamiento.

Se ha encontrado que con la administración de estos fármacos las personas logran un mayor control de impulsos y se disminuyen las recaídas en un 20%, en comparación con pacientes a los que no les administran ninguna medicina (Jano On Line, Madrid, 2000).

En el cuadro N.º 4 se resumen los medicamentos más utilizados, la función que cumplen y el neurotransmisor involucrado:

**Cuadro N.º 4. Medicamentos para el tratamiento**

MEDICAMENTO	FUNCIÓN	NEUROTRANSMISOR
Clomipramina Fluvoxamina	Control de impulsos	Serotonina
Naltrexona	Desórdenes adictivos	Dopamina
Litio Carbamazepina	Estado de ánimo	Dopamina Noradrenalina

Fuente: Blanco et al. (2001)

***Tratamientos psicológicos***

Dentro de los tratamientos psicológicos existen tres posibilidades de abordaje a la problemática de la ludopatía, que se hacen desde la teoría psicodinámica, desde la terapia cognitivo conductual o desde el enfoque sistémico, en las cuales se parte de la identificación y caracterización del juego patológico, para luego implementar estrategias que contribuyan a una adecuada intervención, teniendo en cuenta las particularidades de cada persona, su relación con el juego y otras patologías asociadas.

***Tratamiento psicodinámico***

Los primeros datos sobre el juego patológico, fueron reportados por psicoanalistas y datan de 1914, cuando se realiza el primer estudio por Von Hattinberg. Posteriormente, en 1920, Simmel presentó también estudios y generó discusiones acerca del tratamiento a los jugadores (Rosenthal, citados por Blanco et al., 2001).

Según Blanco et al. (2001), los teóricos que mayores aportes han hecho desde esta teoría son Freud y Bergler. Los elementos considerados por Freud se hallan en el ensayo “Dostoievski y Parricidio”, el cual fue publicado en 1928. Para este autor, las

dificultades con el juego son un tipo de adicción que tiene una estrecha relación con el complejo de Edipo. “La dinámica del juego patológico equivale a la dinámica que se presenta durante la pubertad, cuando el joven desea a su madre como escape de la masturbación. El jugador utiliza el juego como un sustituto de la masturbación y, a la vez, como una forma de autocastigo, el cual se vuelve secundariamente una fuente de placer”.

Para Bergler, (citado por Blanco et al., 2001), el juego patológico presenta un elemento masoquista, lo considera como una forma de autocastigo; encontrando además, que la culpa tiene un origen en él y en la rebelión contra las figuras de autoridad.

El mismo Bergler fue uno de los primeros en notificar acerca del éxito del tratamiento de jugadores patológicos por medio de la psicoterapia psicoanalítica, con orientación egopsicológica; en su investigación con ludópatas revela que en un tratamiento a 60 jugadores, 14 alcanzaron resultados positivos con dicho procedimiento; sin embargo, no hay datos en el estudio de los resultados obtenidos con los demás pacientes.

Años después, otros teóricos de esta corriente psicológica han propuesto que el comienzo del juego patológico se ubica en las etapas preedípicas. Considerando que mecanismos de defensa como la omnipotencia y la negación pueden explicar la irracionalidad con la que el jugador cree en su capacidad de ganar frente a toda lógica racional.

De otro lado, Rosenthal (citado por Blanco et al., 2001) señala también que el narcisismo es un rasgo característico de la personalidad de los jugadores patológicos.

Cabe destacar que otros teóricos refieren intervenciones exitosas en casos aislados por medio del psicoanálisis o la psicoterapia dinámica, pero falta tener mayor claridad de datos en estos estudios, lo que hace difícil valorar los resultados, debido a problemas metodológicos, al establecimiento de

instrumentos de medición que no son adecuados y a la falta de seguimiento a largo plazo con estos pacientes (Allcock, citado por Blanco et al., 2001).

Finalmente, al identificar los factores etiológicos y rasgos que definen al ludópata, el tratamiento psicodinámico está dirigido hacia la resolución de los conflictos internos relacionados con este asunto, a través de la utilización del dispositivo analítico que se centra en la palabra y la responsabilización del sujeto.

### **La terapia cognitivo-conductual**

Seager (citado por Caballo, 1997) fue uno de los primeros psicólogos que aplicaron técnicas conductuales al tratamiento del juego patológico, usando como terapia central el entrenamiento en aversión con un grupo de catorce ludópatas, mostrando resultados sobre cinco personas que durante los tres años siguientes no recayeron. Otro de los estudios del que se tiene referencia es de Greenberg & Marks, (citado también por Caballo, 1997), quienes abordaron siete casos con desensibilización, utilizando la imaginación y encontraron disminuciones en la conducta de jugar en tres de los pacientes a los seis meses.

McConaghy et al. (citados por Caballo, 1997) realizaron un estudio en el que comparaban la utilización de la técnica de desensibilización por medio de la imaginación, con el entrenamiento aversivo en un grupo de ludópatas. Sus hallazgos evidenciaron que la desensibilización por medio de la imaginación era más efectiva que el entrenamiento aversivo. Al año se encontró que de diez personas que tuvieron intervenciones con la técnica de desensibilización, dos habían dejado el juego y cinco lo hacían de manera controlada, en relación con ocho personas que aún tenían un juego problemático en el grupo que fue intervenido con entrenamiento aversivo.

Con respecto a intervenciones con enfoque cognitivo-conductual existen pocos estudios. Dentro de ellos se puede

resaltar el publicado por Ladouceur et al. (citados por Caballo, 1997), en el cual se invitaba a los jugadores a que hablaran en voz alta durante el juego y se les pedía que se preguntaran si sus expresiones verbales eran racionales en el momento en que estaban jugando. Se descubrió que las verbalizaciones de los jugadores son más irracionales que racionales (Gabourey & Ladouceur, Walker, citados por Caballo, 1997).

Sin embargo, se carece de investigaciones relevantes que afirmen con certeza que son necesarias las sesiones en vivo con los ludópatas, para que se logren los efectos que se desean en terapia. Se ha encontrado que la terapia cognitiva con base en la clínica tradicional logra cambios en las cogniciones del jugador (Tonneatto & Sobell, Sharpe & Tarrier, citados por Caballo, 1997).

### ***Finalidad de la terapia cognitivo-conductual con ludópatas***

La terapia cognitivo-conductual se centra en que los pacientes tengan control sobre el juego, buscando de este modo la reducción o cese del comportamiento relacionado con este. Se pretende que el ludópata, al iniciar la terapia y en el proceso de la misma, se enfrente a su realidad, considerando los factores que están implicados y su comportamiento patológico frente al juego, para promover de manera directa la extinción del comportamiento, mediante la claridad sobre algunas causales y factores de mantenimiento de la adicción.

Dentro de las técnicas cognitivo conductuales más usadas en la terapia para los ludópatas se encuentran la desensibilización sistemática y la relajación (McConaghy et al., citados por Blanco et al., 2001), que han demostrado ser una herramienta de gran eficacia. Además, se aplican técnicas de control de estímulos y exposición, de manera individual y grupal, así como el conjunto de técnicas cognitivo-conductuales en grupo.

## ***Técnicas de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la ludopatía***

*Exposición en vivo.* El tratamiento propuesto por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) tiene como base fundamental las técnicas de exposición en vivo con prevención de respuesta y el control de estímulos; esto se sustenta en el supuesto de que por medio de la exposición en vivo se logra que el individuo experimente ganas de jugar, pero que aprenda a resistir y controlar esos deseos de manera gradual.

El formato del programa tiene cinco sesiones, de una hora semanal, y es de carácter individual para permitir el control de estímulos y la acomodación de las intervenciones a cada caso. (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

1. Primera sesión. Plantear la hipótesis del problema desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta, determinar los aspectos financieros, evitar las situaciones de juego y autodenunciarse.
2. Segunda sesión. Revisar las tareas planificadas en la primera sesión y tratar las dificultades planteadas, explicar la teoría subyacente al procedimiento de la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta y elaborar un procedimiento individualizado de exposición, según el análisis funcional de la conducta, y establecer el plan de actuación.
3. Tercera sesión. Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas, reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos y enseñar al paciente el concepto de conductas (y relaciones sociales) alternativas reforzantes y hacer un listado de ellas.
4. Cuarta sesión. Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas y reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos.

5. Quinta sesión. Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.

*Control de impulsos.* Siendo este aspecto un eje transversal en el tratamiento y que implica el análisis constante de diversos factores en las diferentes fases del proceso para que se den resultados duraderos en el tiempo, entre éstos están:

*Las funciones de la conducta de jugar.* Para el tratamiento de la ludopatía es necesario indagar acerca de la funcionalidad del juego para el jugador, realizando un análisis de efectos positivos y negativos para éste. Es importante tener presente que las motivaciones y las funciones que aparecen en cada jugador pueden ser tan variables con la cantidad de jugadores, pero se han detectado algunos ejes comunes en dichas funciones. Así, Cocco, Sharpe y Blaszczynski (citados por Caballo, 1997), descubrieron pruebas que apuntan a que los jugadores de las carreras de caballos juegan con el objetivo de incrementar el nivel de activación, mientras que es más factible que los jugadores de las máquinas tragamonedas lo hagan para huir de situaciones conflictivas o de problemas. Por tal motivo, es necesario determinar la función del juego en cada individuo.

*Las habilidades de afrontamiento adaptativas y desadaptativas que tiene el paciente.* En las investigaciones realizadas por Sharpe y Tarrier (citados por Caballo, 1997) acerca de las conductas del juego, encontraron que es muy importante indagar sobre las habilidades de afrontamiento que le sirven a las personas para mediar entre el juego problemático y otras conductas, puesto que la identificación de estas estrategias permiten tener claros direccionamientos para que se dé paulatinamente la modificación de la conducta. Dentro de los aspectos que se propone evaluar están: la capacidad de la persona para darse cuenta de sus niveles de activación, el tiempo que tarda para alcanzar placer en el juego, la habilidad para cuestionarse sus comportamientos y pensamientos y, finalmente, cómo resuelve sus problemas. Además, resulta necesario tomar también en cuenta las habilidades desadaptativas como consumo de licor,

falta de asertividad y limitación en habilidades sociales, dificultad en el control emocional, entre otras, para reemplazarlas en el tratamiento por otras más adaptativas y funcionales.

*La presencia y naturaleza de los impulsos a jugar.* Cuando llegan los pacientes a consulta por problemas de juego, informan, en su mayoría, que presentan el deseo o impulso frecuente de jugar, siendo diferente en cada individuo; algunos presentan los impulsos a través de pensamientos, otros con sensaciones corporales. Los que no son conscientes del impulso al juego, lo hacen en el transcurso del tratamiento, debido a que la identificación de esta conducta permite evaluar que tan automáticos se han convertido algunos comportamientos y pueden ser un obstáculo a la hora de promover el control de impulsos.

*Los pensamientos irracionales que mantiene el jugador en relación con la probabilidad de ganar.* Detectar este tipo de pensamientos permite orientar al paciente para que los transforme y no se mantengan las conductas hacia el juego. Gabourey y Ladouceur, así como Walker (citados por Caballo, 1997), afirman que en estas personas los pensamientos irracionales sobre el juego son más frecuentes que los racionales durante el juego.

*La presencia de otros problemas.* Evaluando cada caso e interviniendo según la problemática o trastorno presentado.

*El nivel de motivación.* Otros elementos fundamentales y que determinan la posibilidad o no del tratamiento cognitivo-conductual, son las expectativas, motivación y objetivos que tengan los pacientes acerca de la terapia y su adhesión a ésta. Es prioritario que se logre el reconocimiento de que existe un problema con el juego y se necesita ayuda, pero también el interés de participar en forma activa en el tratamiento. Al respecto Miller (citado por Caballo, 1997) propone una manera de incentivar la motivación, teniendo en cuenta la técnica de la entrevista. Distingue cuatro principios básicos, a saber:

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

1. Quitar énfasis a las etiquetas. Es decir, la etiqueta de “adicción” o “compulsión” no es un prerrequisito para el tratamiento. Se debería animar al paciente para que viera que la necesidad de tratamiento se produce por el efecto de la conducta sobre su estilo de vida y no porque tenga alguna “enfermedad” que necesite ser “curada”.
2. En consistencia con el punto anterior, el paciente necesita considerar que la responsabilidad personal de su conducta de juego se encuentra en él mismo.
3. El paciente necesita hacer atribuciones internas que le permitan considerar que el problema es potencialmente controlable y no una parte integral o inmodificable de ellos.
4. El terapeuta necesita alentar la disonancia cognitiva. Es decir, el paciente necesita descubrir que hay una inconsistencia entre su pensamiento racional y su conducta de juego continuo.

Dentro de los tratamientos usados, aplicando estas técnicas, está el propuesto por Ladouceur et al. (1994). En él se presentan cinco componentes:

- Información sobre el juego (definición del problema, ejemplos de jugadores, aspectos legales y distinción entre jugador social y jugador patológico).
- Intervención cognitiva basada en los datos que muestran la presencia de un 70% de verbalizaciones emitidas irracionales (se determina el proceso de cambio y el desarrollo de ilusión de control donde se sobreestima la posibilidad de control; explica la existencia de cogniciones erróneas causa- efecto entre su conducta de juego y el resultado del mismo).

- Entrenamiento en resolución de problemas
- Entrenamiento de habilidades sociales (técnicas asertivas)
- Prevención de recaídas (control de situaciones de alto riesgo).

### ***Etapas del tratamiento bajo la propuesta cognitivo-conductual***

La propuesta de tratamiento considerada desde la terapia cognitivo-conductual propone varias etapas entre las que se destaca la estabilización, construcción de conductas alternativas, el darse cuenta, la solución de problemas, la exposición en la imaginación y en vivo, el desarrollo de estrategias cognitivas, *el entrenamiento en habilidades sociales* y se finaliza con la prevención de recaídas.

*1. Estabilización.* En esta etapa el objetivo fundamental se centra en impedir que el paciente maneje de forma desmedida dinero. Para tal fin es necesaria la participación de un familiar o persona cercana que lo acompañe en el proceso y se haga cargo de sus finanzas y, si esto no es posible, buscar otras estrategias para que no tenga el dinero a su disposición siempre. Por ejemplo: el salario podría ir directamente a una cuenta bancaria y las facturas pagarse automáticamente, para evitar el impulso de jugar. En la medida en que le sea más difícil tener el dinero para jugar, es más posible que disminuya o desaparezca la conducta de juego en un primer momento.

Al elegir a la persona que lo va a acompañar en el tratamiento, se debe aclarar que esto será una solución a corto plazo. Volver a tener independencia económica a largo plazo es necesario para el sostenimiento de los logros del tratamiento, porque de lo contrario sería un riesgo muy alto

que fácilmente desencadenaría de nuevo la conducta de juego. Esto es un proceso secuencial. Además, se sugiere cambiar las rutas de su cotidianidad, buscando que no sean compatibles con la conducta de jugar en las fases peligrosas (mayor vulnerabilidad).

*2. Construcción de conductas alternativas.* Las conductas alternativas tienen el objetivo de ser una estrategia activa de afrontamiento para tener el control sobre el impulso a jugar. Desde el comienzo del tratamiento es necesario construir un repertorio de estas conductas que le permitan al paciente ocupar su tiempo libre. Si esto no se hace, el ludópata puede reincidir de nuevo, incluso posteriormente de largos períodos de abstinencia, debido al aburrimiento o a la falta de interacción social, principalmente si éstas eran algunas de las funciones que le servían a la conducta de juego del paciente.

Es de utilidad hacer una lista de las consecuencias positivas y negativas de su conducta de juego. Esto ayuda a incrementar la motivación de los jugadores, e identificar las funciones que cumple en el paciente el juego. En la medida en que este tenga mayor número de actividades que reemplacen a las funciones del juego, menor necesidad tendrá de recurrir al juego para obtener las consecuencias positivas.

*3. Darse cuenta.* Es fundamental que los pacientes identifiquen los pensamientos y sensaciones corporales. Para ello se puede recurrir a un registro de pensamientos automáticos e impulsos, que se lleva a cabo con el registro de los impulsos, su duración e intensidad, la actividad que hacía cuando se dio el impulso, la primera señal de él, si el jugador había jugado y el nivel de control que tenía sobre la conducta de juego. Estos elementos dan la posibilidad de establecer patrones sobre el juego. A continuación se presenta en el cuadro N.º 5, el registro del juego (Caballo, 1997: 450).

**Cuadro N.º 5. Diario de juego**

*Diario de juego*

Rellenar a las 12 del mediodía	Rellenar a las 6 de la tarde	Rellenar a la hora de acostarse
Impulso a jugar presente sí/no	Impulso a jugar presente sí/no	Impulso a jugar presente sí/no
En caso afirmativo, evalúa: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 de duración (en horas)	En caso afirmativo, evalúa: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 de duración (en horas)	En caso afirmativo, evalúa: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 de duración (en horas)
Intensidad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin El impulso impulso más intenso	Intensidad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin El impulso impulso más intenso	Intensidad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin El impulso impulso más intenso
Capacidad resistir impulso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fácil Imposible	Capacidad resistir impulso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fácil Imposible	Capacidad resistir impulso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fácil Imposible
¿Qué estabas haciendo? _____	¿Qué estabas haciendo? _____	¿Qué estabas haciendo? _____
¿Cuál fue la primera señal? _____	¿Cuál fue la primera señal? _____	¿Cuál fue la primera señal? _____
¿Qué estabas pensando? _____	¿Qué estabas pensando? _____	¿Qué estabas pensando? _____
¿Síntomas físicos? _____	¿Síntomas físicos? _____	¿Síntomas físicos? _____
¿Qué sentiste? _____	¿Qué sentiste? _____	¿Qué sentiste? _____
¿Cómo lo afrontaste? _____	¿Cómo lo afrontaste? _____	¿Cómo lo afrontaste? _____
¿Has jugado? sí/no	¿Has jugado? sí/no	¿Has jugado? sí/no
Grado control sobre el juego: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin Control control total	Grado control sobre el juego: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin Control control total	Grado control sobre el juego: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sin Control control total

Fuente: Caballo, V.E. (1997).

4. *Solución de problemas.* Dentro del tratamiento, uno de los elementos importantes a tener en cuenta es el de enseñar a los jugadores habilidades para la solución de problemas (D’Zurilla, 1993). Esto les permite la identificación de alternativas distintas al juego para resolver las situaciones conflictivas y no involucrarse de forma impulsiva en la conducta de jugar, para luego arrepentirse de los efectos.

5. *La exposición en la imaginación.* McConaghy et al. (citados por Caballo, 1997), con la utilización de la técnica de exposición por medio de la imaginación, encontraron que ésta es de gran utilidad para el tratamiento de los jugadores problema. En los estudios realizados se ha identificado el papel de la activación autónoma en el juego problema, hallando que el juego se relaciona en forma directa con dicha activación. En consecuencia, cuando se expone un paciente en la imaginación a una escena que está asociada a la activación, se habituará a dicha activación con la práctica continua. El pronóstico es más favorable en la medida en que el nivel de ansiedad disminuya terminado el tratamiento.

En la aplicación de la exposición en la imaginación, se le da un ejemplo al paciente de una situación semejante con su comportamiento de jugar, incluyendo elementos relacionados con el ambiente del lugar donde se lleva a cabo la conducta, los cambios internos a nivel físico asociados a la situación y los pensamientos; el objetivo es que la practique durante la sesión y luego en la casa. La exposición en imaginación se puede usar como un paso previo a la exposición en vivo que se llevará a cabo en la fase siguiente del tratamiento para afianzar las habilidades de la persona.

6. *La exposición en vivo.* Sharpe y Tarrier (citados por Caballo, 1997) consideran que la exposición en vivo suministra la oportunidad al paciente de habituarse a la situación sin recurrir al juego, la práctica de técnicas de afrontamiento aprendidas, el aumento del control y autoeficacia en las situaciones difíciles. Se elabora una lista jerárquica de situaciones de riesgo

relativas al juego para que el paciente realice, exponiéndose gradualmente a ellas, como pasar frente al casino, entrar en él y no jugar, todo esto acompañado por un familiar que ha sido entrenado previamente como coterapeuta. Se recomienda que no manejen grandes cantidades de dinero en los primeros ensayos. Cuando ha adquirido el control en forma progresiva, se empieza a devolver a los pacientes cierto control sobre su propia economía. Esto es de gran utilidad porque tiene el fin de brindar una exposición de 24 horas y una experiencia normal que reduzca las posibles recaídas.

*7. Las estrategias cognitivas.* Dentro del tratamiento es fundamental identificar las ideas irracionales sobre la probabilidad de ganar. Por ello se hace necesario indagar acerca de estos pensamientos para modificarlos por otros que disminuyan la posibilidad de los pacientes de continuar jugando (Gabourey & Ladouceur, Walker, citados por Caballo, 1997). En la terapia cognitiva se identifican una serie de distorsiones cognitivas frecuentes en los jugadores, algunas de las cuales son:

*La falacia del jugador.* La cual hace referencia a la creencia de que cuanto más se pierda, más posibilidad de ganar hay en la siguiente oportunidad.

*La falacia del talento especial.* Muchos creen que tienen un talento especial para algunos juegos.

*La falacia del control reversible.* Las personas que tienen problemas con el juego corrientemente hacen apreciaciones en relación a su control sobre los resultados; sus apreciaciones cambian de acuerdo con las consecuencias positivas o negativas. Cuando ganan, generalmente piensan: “Bien, sabía que el viejo sistema conseguiría finalmente el premio”, mientras que cuando pierden piensan: “Debes esperar que se pierda en ocasiones. No puedes ganar siempre, sólo es una racha de mala suerte”. El inconveniente con este sistema es que creen que cuando ganan es por una habilidad o talento. Sin embargo, cuando

pierden se lo asignan a la mala suerte y ésta es mutable. Como consecuencia, juegan hasta que cambie la suerte.

*El resplandor de ganar.* Esta distorsión hace referencia a que los jugadores sólo consideran las oportunidades en que ganan y no las que pierden. En su mayoría, no son capaces de registrar las pérdidas; inclusive por su propio interés, los ludópatas que reconocen que pierden más de lo que ganan, subestiman las pérdidas.

*Razonamiento emocional.* Los jugadores usan su estado de ánimo como señal de la posibilidad de ganar si juegan. Por ejemplo: “Hoy me siento afortunado, por consiguiente es más probable que gane” (Beck et al., citados por Caballo (1997)).

8. *El entrenamiento en habilidades sociales:* los ludópatas afirman que las pocas habilidades sociales son una de las causas más comunes que los impulsa a jugar. Muchos son poco hábiles socialmente y, por consiguiente, puede ser difícil para ellos encontrar modos diferentes para interactuar con los demás. Otros tienen el caso de que sus amigos estén también involucrados en el juego social e inviten al jugador de nuevo a jugar, sin darse cuenta de que tiene un problema. Cuando esto se convierte en un problema, es útil y necesario emplear el entrenamiento en habilidades sociales para propiciar otras habilidades de afrontamiento y hacer más fácil la disponibilidad de actividades alternativas.

Las habilidades sociales (Caballo, 1993), se pueden definir como aquellas conductas que las personas realizan en situaciones interpersonales para obtener respuesta positiva o aprobación de los demás. En la medida en que una persona se relaciona de forma adecuada con otros, recibe “reforzamiento social positivo”, lo cual eleva su autoestima, siendo esto un elemento fundamental para la adaptación y disminución de la conducta de juego, por encontrarse satisfecho con sus relaciones interpersonales y encontrar alternativas para utilizar su tiempo.

Todas estas habilidades se desarrollan a través de entrenamientos donde se resaltan las capacidades y se refuerza la autoimagen, autorrespeto, autoestima y autoconcepto en forma positiva, llevando además a la persona a sentirse bien consigo misma y a no menospreciarse frente a los otros.

Dentro de las técnicas básicas para el entrenamiento en habilidades sociales se sigue el esquema siguiente, propuesto por Alcover & Gil (2004).

- *El modelado.* Consiste en que otra persona que se nombrará el modelo, muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento y facilite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación.
- *Instrucciones.* Se suministra a la persona información sobre la naturaleza y forma de ejecutar la conducta:
- *Retroalimentación y reforzamiento.* Se brinda información específica al individuo, esencial para el desarrollo y mejora de una habilidad.
- *Tareas para la casa.* Es importante también el mandar tareas para casa como buen entrenamiento, porque la mayoría de las nuevas habilidades necesitan ser practicadas repetidamente y ser llevadas a cabo en lugares diferentes; esto implica un mayor autocontrol por parte del individuo y en definitiva supone ir transfiriendo lo aprendido en consulta al ambiente real del individuo.
- *Generalización.* Se ha definido como la posibilidad de realizar conductas bajo condiciones diferentes y no entrenadas sin la programación de los mismos acontecimientos en las mismas condiciones en que se ha llevado a cabo el entrenamiento.

En el cuadro N.º 6, se presenta un programa de tratamiento, sesión por sesión, a partir de la terapia cognitiva, propuesto por Caballo (1997:458).

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

### Cuadro N.º 6. Programa de tratamiento

SESIONES	ACTIVIDADES
SESIÓN 1	Introducción Reglas básicas Objetivos del programa Guía sesión por sesión ¿Cómo se convierte el juego en un problema? ¿Qué es un impulso? Consecuencias de jugar El círculo vicioso del juego ¿Qué se puede hacer? ¿Por dónde empezamos?
SESIÓN 2	Entrenamiento en darse cuenta Pros y contras del juego Establecimiento de objetivos Entrenamiento en relajación ¿Qué es el entrenamiento en relajación? Control de la respiración Ejercicios de relajación
SESIÓN 3	Entrenamiento en darse cuenta: 1ª señal del impulso Establecimiento de objetivos Entrenamiento en relajación Solución de problemas
SESIÓN 4	Solución de problemas Establecimiento de objetivos Relajación breve Aplicación de las habilidades: práctica en vivo
SESIÓN 5	Práctica en vivo Establecimiento de objetivos El papel de los pensamientos Estilos frecuentes de pensamientos
SESIÓN 6	Práctica en vivo Cambio de los pensamientos que no son útiles Cuestionamiento de los pensamientos Afrontamiento de situaciones difíciles Establecimiento de las situaciones difíciles
SESIÓN 7	Cambio de los pensamientos que no son útiles Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad Tipos de aserción Cuándo se ha de emplear la conducta asertiva
SESIÓN 8	Práctica en vivo
SESIÓN 9	El mantenimiento de las nuevas habilidades ¿Por qué es importante mantener las habilidades? Retrocesos versus recaídas Resumen del programa

**Fuente:** Caballo (1997:458)

9. *La prevención de las recaídas.* Cuando el tratamiento ha finalizado la gran mayoría de los pacientes han logrado una abstinencia prolongada del juego. Sin embargo, es fundamental mantener la abstinencia y evitar las recaídas.

Resulta preciso identificar situaciones de alto riesgo que puedan estar asociadas al juego. La identificación de éstas y llevar a los jugadores a planear formas de enfrentar y controlar esas situaciones con sus nuevas habilidades o alternativas, es muy útil.

Además de esto, se sugieren sesiones de seguimiento durante un lapso de doce meses, para garantizar que se ha desarrollado una red segura. Marlatt & Gordon (citados por Caballo, 1997).

### **El papel del cónyuge y la familia del jugador**

Es frecuente encontrar múltiples problemas de los jugadores con sus parejas y familias (Lesieur & Rosenthal, citados por Caballo, 1997). Independientemente de si estos problemas son consecuencia o causa del juego, es posible que interfieran con el tratamiento si los familiares no se involucran en éste, al igual que el jugador.

Cuando los problemas maritales o familiares estén favoreciendo el juego, es necesario evaluarlos y tratarlos antes de cualquier entrenamiento en habilidades para evitar el juego. Durante esta etapa, el objetivo del tratamiento con respecto a la conducta de juego será contener las pérdidas, en vez de cambiar la conducta.

Es de gran utilidad darle la oportunidad a la familia de expresar sus sentimientos hacia el paciente y su comportamiento, sin culparlo abiertamente. En particular, cuando los jugadores se sienten culpables por los consecuencias de la conducta de jugar sobre el estilo de vida familiar.

### ***Terapia sistémica***

Al tener en cuenta que la familia del jugador cumple un importante papel en la enfermedad y en la recuperación, se hace un proceso terapéutico dirigido a ésta, con el fin de que participe en forma activa y sea un apoyo en la terapia. La familia del jugador siempre se ve afectada en el problema, no sólo en la parte emocional, sino también en la parte económica y legal. Por eso es importante la terapia familiar o de pareja para poder ayudar al paciente y a su familia que terminó involucrada por el juego y ha sufrido un largo proceso de desestructuración.

Teniendo como eje principal la familia, la Asociación Aragonesa de Jugadores en Rehabilitación propone una intervención sistémica en terapia de familia para el tratamiento a ludópatas (Azajer, 2004a). Para ello señala algunas etapas que consideran que la familia atraviesa, a medida que se va agudizando el problema de ludopatía:

- *Ocultación del problema.* No se menciona el problema del juego en la familia, haciendo que los miembros de la familia no expresen los sentimientos y emociones que la ludopatía produce.
- *Negación del problema.* En primera instancia, el ludópata niega la dificultad que le trae el juego, debido a que tiene una sensación falsa de que puede controlarlo. Por otro lado, la familia se rehúsa a la idea de que existe un problema debido a que cree que con voluntad y ganas de parar de jugar, se detendrá la conducta adictiva, lo cual genera resentimiento dentro de la familia. Esto produce dificultades en la comunicación, además de la aparición de mentiras para evitar el malestar familiar.
- *Sensación de fracaso.* “El ludópata tiene la sensación de no servir para nada, todos los esfuerzos que hace para contener el juego y para no afectar en demasía a su entorno no dan resultado. Por otro lado, los familiares

vivencian esa sensación de una manera mucho más patente, evidenciándose una sensación de fracaso familiar y de pareja, que lleva a una pérdida de respeto y estima por parte de todos los miembros de la familia”. (Azajer, 2004a).

- *Sentido de culpa.* El ludópata se siente culpable por no controlar el juego, lo cual intensifica su angustia que, paradójicamente, se calma jugando. Además, la familia se siente culpable por no poder detener la situación y se cuestiona por los errores cometidos.
- *Inexistencia de vida social.* El ludópata limita su tiempo a jugar y la familia busca espacios de recreación sin contar con el ludópata.
- *La economía.* Por endeudamiento, cada vez van apareciendo con mayor gravedad problemas a nivel económico, puesto que se busca cualquier forma, con tal de tener dinero para jugar.

Todas estas dificultades, y las que suelen presentarse al interior de la familia, son puntos de partida para la intervención terapéutica que se propone, donde el programa de tratamiento va “dirigido a la reestructuración personal, que consiste en evidenciar y resolver conflictos no resueltos que provienen de la infancia o adolescencia. Buscando cubrir y resolver las áreas más afectadas de la vida del jugador patológico y de su entorno, afectado por el dependiente (Azajer, 2004a). “El trabajo terapéutico de Azajer, tanto en enfermos como en familiares descansa en una intervención sobre las áreas del Pensamiento, de los Sentimientos, de las Emociones y de las Conductas.” (Azajer, 2004a).

Se debe partir de conseguir que los ludópatas y familiares, comprendan la diferencia entre culpabilidad y responsabilidad, para que se logre una concientización de la problemática y se

dé el compromiso necesario para solucionar las dificultades de la conducta adictiva y se propicie la reestructuración personal.

Después de la toma de conciencia, se realiza una anamnesis, teniendo en cuenta preguntar por las figuras de autoridad, puesto que se consideran fundamentales para el desarrollo de la personalidad.

Seguidamente, se dan a conocer las normas que implica asumir esta intervención terapéutica, dejando por escrito un documento firmado por el ludópata y un familiar responsable. Este escrito se conoce como *contrato terapéutico*.

A partir de ese momento, la familia comienza a participar de espacios terapéuticos. Una vez ya en terapia, los familiares se integran en su grupo respectivo en donde la universalidad del tema las reúne. Hay que saber que los grupos son abiertos, donde coexisten familiares que acaban de comenzar con otros que llevan varios días o meses e incluso otros ya rehabilitados, siendo estos acicate y estímulo para los nuevos. (Azajer, 2004a).

El modelo de intervención de Azajer con los familiares es un proceso sistémico, en cuanto que engloba la totalidad de los procesos y las variaciones que se proyectan y se perciben al alterar alguno de los elementos, siendo operativos hacia el entorno y hacia sí mismos, por lo que son Dinámicos, tendiendo a equilibrarse adaptándose a las nuevas condiciones y a los nuevos aprendizajes, logrando la Estabilidad, admitiendo en el decurso del tiempo modificaciones lo que implica flexibilidad, siendo esto el objetivo predefinido inicialmente, el cambio radical, como finalidad, existiendo un autocontrol del proceso y del resultado, o Retroalimentación, así como que son mesurables sus resultados. (Azajer, 2004a).

El programa implica, tanto para los ludópatas como para los familiares, aprender a hacer cosas por y para sí, que se transfieran a los otros pero sin esperar ninguna respuesta condicionada. Esto permite descubrir que se puede desarrollar

una profunda transformación sin esperar que cambie el entorno necesariamente; porque se experimenta que el poder y la disposición para autorrealización son recursos que existen en sí mismos.

## **Los grupos de autoayuda**

El grupo de autoayuda es uno de los modelos utilizados en el tratamiento de ludópatas y es semejante al realizado con alcohólicos, aunque en este caso se denomina jugadores anónimos.

Dicha terapia consiste en compartir las experiencias, el ánimo y la motivación para lograr dar solución a la problemática vivenciada por los miembros del grupo, con el fin de que, de este modo, puedan ayudarse mutuamente.

### ***Jugadores Anónimos***

Los doce pasos de alcohólicos anónimos se aplican de manera análoga para los grupos de autoayuda de ludópatas, siendo ésta una opción individual de afrontar la problemática, al interior de los grupos de autoayuda; el jugador patológico con el apoyo de sus pares, logrará la contención y el mantenimiento frente a la adicción.

Jugadores anónimos plantea inicialmente veinte preguntas que pretenden establecer el grado de adicción de la persona, que se enumeran a continuación.

#### ***Veinte preguntas para determinar la presencia de la ludopatía***

1. ¿Alguna vez ha perdido tiempo de trabajo o estudio por causa del juego?
2. ¿Le ha ocasionado el juego infelicidad o problemas en su hogar?

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

3. ¿Le ha afectado el juego su reputación?
4. ¿Ha sentido remordimiento después de jugar?
5. ¿Ha jugado para conseguir dinero con el cual pagar deudas o resolver dificultades económicas?
6. ¿El jugar le ocasiona una disminución de sus ambiciones?
7. ¿Después de perder, ha sentido deseos de volver lo más pronto posible a recuperar lo perdido?
8. ¿Después de ganar ha sentido fuertes deseos de volver y ganar más?
9. ¿Con frecuencia juega hasta perder el último centavo?
10. ¿Ha prestado para financiar su forma de jugar? (las tarjetas de crédito son una forma de financiación).
11. ¿Ha tenido que vender algún bien o propiedad para financiar el juego?
12. ¿Ha tenido dificultad en utilizar “el dinero del juego” para gastos cotidianos?
13. ¿El juego le hace descuidar u olvidar el bienestar propio y el de su familia?
14. ¿Ha jugado más tiempo del que tenía planeado?
15. ¿Ha jugado para evadir los problemas o preocupaciones?
16. ¿Ha realizado o ha considerado realizar actos ilegales para financiar el juego?
17. ¿Le ocasiona el juego dificultades para dormir?
18. ¿Las discusiones, decepciones o frustraciones le ocasionan unos grandes deseos de jugar?
19. ¿Ha sentido fuertes deseos de celebrar una buena noticia con unas cuantas horas de juego?
20. ¿Ha considerado la posibilidad de suicidarse a raíz de los problemas con el juego?

Si la persona contesta afirmativamente más de 4 preguntas, su juego ya le representa un problema y conviene que busque ayuda. El ludópata que quiera buscar ayuda en Jugadores Anónimos, sólo requiere tener deseos de dejar de jugar, no necesita cumplir otro requisito. El juego es considerado como una enfermedad, por lo cual no juzgan a los miembros del grupo; lo que se pretende es mostrarle al “jugador compulsivo” que necesita ayuda y esto involucra también cómo ayudarse a sí mismo.

Un elemento básico es la concepción de que entre todos se pueden ayudar y ser ejemplo unos de otros; además, parten del principio de que se debe caer hasta el fondo para realmente aceptar y participar en el programa. “Las personas buscan ayuda cuando han llegado al punto más bajo en sus vidas personales y solamente la persona que sufre individualmente sabe cuándo ha llegado a ese punto. Mientras tanto, Jugadores Anónimos sólo se puede concentrar en estar preparados para la persona de nuevo ingreso en cualquier hora del día o de la noche” (Jugadores Anónimos, 1993: 108).

El grupo de jugadores anónimos se reúne seis días a la semana, con la intención de buscar estrategias para resolver sus problemas de juego. A la reunión se le denomina una junta, y existen varios tipos según las necesidades del grupo, en particular, éstas son:

- *Junta Regular de Terapia.* Es la que se realiza semanalmente sólo entre los miembros del grupo, quienes se organizan en filas o mesa redonda, leen literatura sobre el tema. Se advierte que las participaciones que realizan los miembros son totalmente confidenciales.
- *Junta de Comentarios de Terapia.* Es igual a la anterior, pero se incluyen preguntas y comentarios de los miembros.
- *Junta de Terapia Combinada de Jugadores Anónimos GAM-ANON.* Se reúnen un grupo de jugadores

anónimos y un grupo de Gam-Anon (esposos, familiares o amigos de los jugadores anónimos), para buscar una mayor comprensión del proceso que vive cada uno de los grupos. Para dirigir la junta se elige un miembro de cada grupo, se lee literatura de ambos grupos y se discute acerca de las situaciones que se están viviendo. Dicha junta se realiza cada seis u ocho semanas.

- *Junta Abierta.* Es una reunión en la que los jugadores anónimos invitan a personas cercanas que deseen conocer acerca del grupo y de la problemática que están trabajando.
- *Junta de Panel.* Para ésta se invita a personas externas que dirijan una charla sobre una temática específica. En la primera mitad de la junta los panelistas dan terapia personal. La segunda parte de la junta se dedica a las preguntas y respuestas.

### *Programa de recuperación de Jugadores Anónimos*

Con el programa de los doce pasos se busca que la persona que lo aplica inicie una recuperación progresiva, ya que éste proceso es de carácter espiritual en su concepción; su práctica puede llegar a ser una experiencia altamente satisfactoria o recompensante. A continuación se enumeran los doce pasos para la recuperación:

1. Admitimos que éramos impotentes ante la afición de apostar, que nuestras vidas se habían vuelto incontrolables.
2. Llegamos a creer que un Poder más grande que nosotros mismos nos podría restaurar para volver a un modo normal de pensar y vivir.
3. Tomamos una decisión de poner nuestra voluntad y nuestras vidas bajo el cuidado de este Poder definido según nuestro propio entender.

4. Realizamos cuidadosamente y sin miedo un inventario moral y financiero de nosotros mismos.
5. Admitimos ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros errores.
6. Estamos completamente listos para que nos sean quitados estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios (definido según nuestro propio entender) que nos quite nuestras debilidades.
8. Hicimos una lista de todas las personas a las que hemos causado daño y estuvimos dispuestos a realizar enmiendas a ellas.
9. Hicimos enmiendas directas a tales personas cada vez que fue posible, excepto si el hacerla les traería un daño a ellos o a nosotros.
10. Seguimos haciendo un inventario personal, y cuando estábamos en un error, lo reconocimos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como cada uno lo entendemos a él, orando sólo para adquirir el conocimiento de su voluntad para nosotros y el poder para llevarlo a cabo.
12. Una vez hecho un esfuerzo por llevar estos principios en todos nuestros asuntos, tratamos de llevar este mensaje a otros jugadores compulsivos. (Jugadores Anónimos, 1993 p. 108).

### **Desafíos a futuro para el tratamiento de la ludopatía**

Aunque cada día se fortalece mucho más el tema de tratamiento para los ludópatas, gracias a las investigaciones que

se están realizando de orden mundial, es fundamental que los expertos al respecto se interroguen sobre algunos aspectos que permitirán hacer ajustes en los procesos y mejorar los índices de eficacia en los mismos.

Es así como Echeburúa (2005) plantea algunos retos que se deben tener en cuenta a futuro en el tratamiento con ludópatas y que exigen continuar investigando al respecto. Los planteamientos que se nombran son los siguientes:

- Desde una postura psicofarmacológica, es importante esclarecer por medio de estudios concretos sobre el empleo y el tipo de medicación que se ofrece a los pacientes, puesto que se plantean tres alternativas como formas de intervenir a los ludópatas, pero es importante determinar qué características psicológicas podrían producir mejores efectos con determinado medicamento.
- Falta estudiar con mayor profundidad las diferencias que se deben tener en cuenta a la hora de hablar del género de los jugadores, puesto que se han detectado algunas diferencias entre hombres y mujeres ludópatas que pueden ser aprovechadas en el tratamiento; además, esto trae consigo la posibilidad de pensar si es necesario aplicar diferencias en el tratamiento según el tipo de juego en el que se tenga dificultad, puesto que esto hace que se perciban algunas particularidades en las distorsiones cognitivas y las falacias del jugador.
- Es fundamental a futuro diseñar estrategias motivacionales para que personas que niegan o minimizan su dificultad con el juego se vean atraídas a los tratamientos y se sostengan en un proceso, además de evaluar cuáles son las causales de abandono de los procesos en el caso de los ludópatas.
- Adicionalmente, es necesario aclarar la viabilidad de ofrecer como objetivo terapéutico el juego controlado,

pues esto incluye determinar algunas características personales, familiares y relacionales que permitan el éxito de esta propuesta y que sirvan como referente al terapeuta para ofrecer dicho objetivo a las personas que su perfil se adecue a la propuesta.

- En términos generales son estos los planteamientos que se deben continuar profundizando y sobre los cuales se irá fortaleciendo las propuestas de tratamiento, pero esto implica la necesidad de continuar investigando y sistematizando la información para lograr el objetivo de ofrecer tratamientos de calidad y con altos niveles de eficacia. (Echeburúa (2005: 14)

## **Los juegos de azar en Colombia**

Según Bahamón (2006), en Colombia, las estadísticas sobre juego patológico son escasas y no se han hecho estudios a gran escala. Se sabe más del comportamiento de las apuestas y los juegos de azar; así, en el país el 60% de las personas de estrato dos, el 63% de las del tres y el 56% de las del cuatro realizan estas actividades, en tanto que sólo apuesta el 28% de las del estrato seis. El 61% de la población colombiana acostumbra destinar una parte de sus ingresos mensuales a un juego de suerte y azar. De la población masculina del país, el 69% son jugadores o apostadores, y de la femenina, el 54%. Del total de jugadores, la mayoría se concentra entre los 34 y los 54 años de edad, pero la mayor proporción de las personas tienen entre 45 y 54 años. En el país, cada hora se apuestan de forma legal en casinos, mesas de bingo y máquinas tragamonedas 74'200.913 de pesos.

Agrega Bahamón (2006) que el departamento con más número de establecimientos con juegos de azar es Antioquia, donde hay 756 locales vinculados a juegos de azar. Le sigue Cundinamarca, con 665 (incluida Bogotá); Valle del Cauca, con 357; Santander, con 250; Atlántico, con 161, y Bolívar, con 158. Pese a la ola de juegos de azar en el país, en departamentos

como Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guaviare y San Andrés hay menos de cinco establecimientos de este tipo legalizados.

Según la Empresa Territorial para la Salud, Etesa, sólo falta por legalizarse el 18% de los establecimientos que hay actualmente en el país que se dedican a los juegos de azar. Por cada apuesta realizada en una máquina tragamonedas, se destina entre el 30% y el 45% a los fondos de salud departamentales, dependiendo del monto de la apuesta. En el caso de los juegos de casinos, se entregan por mesa 1'526.000 pesos, y en el caso de los bingos, entre 381.500 y 1'144.500 pesos por silla, según el valor del cartón.

### ***Aspectos legislativos de los juegos de azar en Colombia***

El término juego posee un amplio rango de significados y entre ellos está el legislativo, para el cual dicho término hace referencia más a los llamados juegos de azar. Por las características que ellos tienen y por la importancia que comportan en los estudios que en este libro se reúnen, se hace necesaria una referencia concreta a la manera como la legislación colombiana los define y considera. Tal como lo cita ley 643, emanada del Congreso de la República:

Para los efectos de la presente ley, son juegos de suerte y azar aquellos juegos en los cuales, según reglas predeterminadas por la ley y el reglamento, una persona, que actúa en calidad de jugador, realiza una apuesta o paga por el derecho a participar, a otra persona que actúa en calidad de operador, que le ofrece a cambio un premio, en dinero o en especie, el cual ganará si acierta, dados los resultados del juego, no siendo éste previsible con certeza, por estar determinado por la suerte, el azar o la casualidad.

Son de suerte y azar aquellos juegos en los cuales se participa sin pagar directamente por hacerlo, y que ofrecen como premio un bien o servicio, el cual obtendrá si se acierta o si se da la condición requerida para ganar.

Están excluidos del ámbito de esta ley, los juegos de suerte y azar de carácter tradicional, familiar y escolar, que no sean objeto de explotación lucrativa por los jugadores o por terceros, así como las competiciones de puro pasatiempo o recreo; también están excluidos los sorteos promocionales que realicen los operadores de juegos localizados, los comerciantes o los industriales para impulsar sus ventas, las rifas para el financiamiento del cuerpo de bomberos, los juegos promocionales de las beneficencias departamentales y los sorteos de las sociedades de capitalización que sólo podrán ser realizados directamente por estas entidades. En todo caso los premios promocionales deberán entregarse en un lapso no mayor a treinta (30) días calendario. (Colombia, Congreso de la República, 2001: 97-114).

En el mismo documento, el Congreso de la República fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, donde dice que: “El Estado tiene facultad exclusiva para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar”, cuya finalidad social prevalente es contribuir eficazmente a la financiación del servicio público de salud, de sus obligaciones prestacionales y pensionales e investigación en áreas de la salud. Todo esto se realiza a través de la Empresa Territorial de la Salud –Etesa–,<sup>1</sup> en tanto ente regulador del Estado. A través de dicho organismo y con relación a los juegos de azar, el Estado colombiano restringe y prohíbe:

- Ofrecimiento o venta de juegos de azar a menores de 18 años.
- Ofrecimiento o venta de juegos de azar a enfermos mentales que hayan sido declarados interdictos judicialmente.

<sup>1</sup> En el momento de estar terminando la edición de este texto, esta empresa se encuentra en liquidación. La vigilancia de los juegos de azar quedara a nivel nacional, en una superintendencia delegada de la Superintendencia de Salud y a nivel departamental en manos de los entes territoriales de control.

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

- Ofrecimiento o venta de juegos de azar que afecten a los jugadores.

Con atención a la última prohibición –hablando desde lo que está legislado estatalmente–, no está permitido ofrecer ningún juego en el que se ponga en riesgo la salud de los jugadores. Aunque esto está claro, no existe sin embargo ni por parte del Estado, ni de los establecimientos de juegos y azar, ningún tipo de normas o reglas encaminadas a la protección de los jugadores, ni el Estado cuenta con muchas herramientas, sean de tipo preventivo o terapéutico, para jugadores y mucho menos para ludópatas.

Para tener una idea de los montos de dinero que se manejan a nivel estatal, es pertinente exponer brevemente la manera como, según la ley decretada por el Congreso de la República, se reparten las obligaciones en cuanto a los derechos de explotación, es decir, el porcentaje que deben pagar los concesionarios u operadores autorizados por el derecho de explotación en juegos localizados.

### Cuadro N.º 7. Impuestos por juegos de azar en Colombia

	Descripción del juego	Tarifa % de un salario mínimo mensual legal vigente
1	<i>Máquinas tragamonedas</i>	
	Máquinas tragamonedas 0-\$500	30%
	Máquinas tragamonedas \$500 en adelante	40%
	Progresivas interconectadas	45%
2	<i>Juegos de casino</i>	
	Mesa de casino, Black Jack, Póker, Bacará, Craps, Punto y banca, Ruleta	4
3	<i>Otros juegos diferentes, esferódromos, etc.</i>	4
4	<i>Salones de bingo</i>	
4.1	Para municipios menores de cien mil (100.000) habitantes cartones hasta 250 pesos tarifa por silla.	1,0

## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

4.2	Para municipios menores de cien mil (100.000) habitantes, cartones de más de 250 pesos tarifa por silla.	1,5
	Ningún bingo pagará tarifa inferior a la establecida para cien (100) sillas en los municipios menores de cien mil (100.000) habitantes	
4.3	Para municipios mayores de cien mil (100.000) habitantes, cartones hasta 250 pesos tarifa por silla.	1,0
	Cartones de más de 250 pesos tarifa por silla.	1,5
	Cartón de más de 500 pesos tarifa por silla.	3,0
	Sillas simultáneas interconectadas	Se suma un salario mínimo diario legal vigente en cada ítem anterior
	Ningún bingo pagará tarifa inferior a la establecida para doscientas (200) sillas en los municipios menores de cien mil (100.000) habitantes	
5.	Demás juegos localizados	17% de los ingresos brutos.

Fuente: Etesa. Ley 643 de 2001. Congreso de la República de Colombia.

Según la Fundación Colombiana de Juego Patológico, los recursos para la salud en Colombia se derivan en buena parte, paradójicamente, de los impuestos al alcohol, al tabaco y al juego. Dichos recursos se reparten de la siguiente manera: el 80% es utilizado para atender los servicios de salud, mientras otro 7% va al fondo de investigación en salud; un 4% para los discapacitados y la salud mental, junto con otro 4% para subsidio de los menores de 18 años que no se encuentran afiliados a ningún servicio de salud. Finalmente, sólo un 5% es destinado para la tercera edad.

### **Prevención del juego patológico**

La prevención en su expresión más amplia busca evitar la aparición de una situación problemática. Respecto a la ludopatía, la prevención lo que pretende es retardar la edad de inicio, o la aparición del fenómeno adictivo que ha hecho del jugador

patológico una persona disfuncional, en conflicto consigo mismo, con su núcleo familiar, laboral y social.

Los tipos de prevención de más reciente aparición –y que son la base de la propuesta de Gordon aceptada por el NIDA (citado por Becoña, 1999:19)– son la universal, la selectiva y la indicada.

- *Universal:* Atención dirigida a todas las personas en diferentes edades sin distinción.
- *Selectiva:* Es aquella intervención encaminada a un subgrupo específico que presenta mayor riesgo de ser usador o abusador de sustancias psicoactivas o adicciones no químicas. Se dirige, entonces, a grupos vulnerables.
- *Indicada:* Su objetivo básico es el de atender a un subgrupo de la comunidad que ha consumido sustancias psicoactivas o que tiene problemas de comportamiento adictivo. Se dirige por tanto, a individuos en alto riesgo.

Siguiendo la investigación realizada y teniendo en cuenta elementos comunes tanto de usuarios como de profesionales entrevistados y análisis de los investigadores, se hace prioritario el establecimiento de una propuesta de prevención integral, en la cual se fomente el establecimiento de conductas saludables frente al juego, evitando de este modo cambios comportamentales que incidan en la aparición de la problemática del juego.

La prevención integral permitirá actuar en, con y sobre el contexto social, con el propósito de enfrentar la ludopatía como causa y el resultado de otros problemas socialmente relevantes.

Para el éxito de la prevención integral, se hace menester desarrollar actitudes y hábitos de vida saludables que

promuevan respuestas autónomas y permitan la autorregulación del individuo en sus comportamientos e interacciones con el contexto.

### **Intervención de factores de riesgo**

Los factores de riesgo para la ludopatía son aquellas características sociales, culturales e individuales que, bien sea en conjunto o de manera individual, incrementan las condiciones de vulnerabilidad de las personas ante el juego patológico en un momento determinado.

La exposición al juego sin el uso de estrategias de autocontrol puede aumentar el riesgo de llegar a sufrir ludopatía. Minimizar la exposición puede ser útil para las personas vulnerables. Sin embargo, la exposición pública a juegos en los que se va más allá de lo recreativo y se hace uso de dinero, continúa aumentando debido a las loterías, las apuestas electrónicas, el internet y los casinos. La intervención ante los primeros signos de ludopatía puede prevenir y disminuir la aparición y exacerbación de dicho trastorno. Se hace necesario precisar:

- Los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada: existe una relación dinámica y recíproca.
- La conducta de la ludopatía es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el individuo experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del desarrollo evolutivo pueden articularse diversos factores, poniendo en peligro el equilibrio en el desarrollo personal y generando las condiciones propicias para la emergencia del juego problemático.

Este entramado de situaciones y factores de riesgo debe ser el marco de referencia permanente en todas las intervenciones preventivas, si se quiere conseguir resultados positivos. Por

lo tanto, se hace preciso reconocer la variedad de factores de riesgo en los distintos ámbitos determinantes de la conducta del ludópata, con el objeto de contrarrestarlo con el uso y apropiación de los factores de protección.

Los factores de protección son aquellas situaciones, personas o comportamientos que dan la posibilidad de brindar una respuesta positiva a los factores de riesgo, es decir, actuar de manera diferente compensando su interacción con el medio, mediante el fomento y desarrollo en la persona de aquellos pensamientos, emociones y conductas que le permitan establecer una relación no problemática con el juego.

En esta perspectiva, la prevención adquiere gran importancia, como aspecto amplio que debe ser abordado integralmente en todos los contextos sociales, posibilitando una nueva visión frente a la problemática y sus consecuencias. Existen variadas posibilidades para aplicarse en la prevención de la ludopatía, es fundamental en éste orden de ideas tener en cuenta el abordaje de las familias, la promoción de conductas saludables ante el juego desde edades tempranas de los hijos, teniendo en cuenta también el sector educativo, el entorno sociocultural, legal- jurídico, acompañado éste último de una reglamentación estructurada que promueva la prevención y el tratamiento para el juego patológico.

Un componente prioritario para el tema de la prevención es el abordaje integral por los distintos entes sociales y gubernamentales. En esta línea es primordial recurrir a los medios de comunicación como herramientas de difusión masiva, que promuevan campañas publicitarias que ayuden a la concientización de los riesgos de adquirir dicha problemática. Para el desarrollo de la propuesta de prevención deben tenerse como ejes básicos los tres temas siguientes: sistema de valores socioculturales, control normativo y manejo del ocio y el tiempo libre.

## ***Sistema de valores socioculturales***

Actualmente nuestra sociedad pasa por un sinnúmero de cambios, caracterizados por la complejización, variedad e impersonalidad, como resultado del capitalismo y el avance tecnológico, entre otros aspectos, que determinan de forma directa o indirecta en las construcciones de pensamiento y alternativas de relacionamiento entre los individuos.

La realidad social de la postmodernidad y la contemporaneidad, se distingue por valores particulares tales como: individualismo, competitividad, éxito, triunfo, prestigio, imagen, consumismo, hedonismo, que deben ser enfocados de forma positiva, e ir acompañados de valores como: solidaridad, responsabilidad, igualdad y tolerancia, entre otros.

Todos estos valores propios de la época pueden convertirse también en factor de riesgo, dado que el aspecto económico y el valor del dinero toman gran relevancia, y el juego no es ajeno a ello; por el contrario, por el interés de ganar dinero fácil o por ocultar otros problemas personales o sociales que emergen en la presente época. En éste punto, la prevención de la ludopatía cumple una función preponderante, en la medida en que hace parte en la integración del sistema de valores socio-familiares, con la satisfacción y disfrute de diferentes actividades lúdicas que acercan a las personas entre sí y promuevan el bienestar; acompañado esto de alternativas para el manejo de la soledad y las carencias afectivas.

## ***Control normativo***

Las normas son el conjunto de reglas libremente admitidas y esenciales en toda sociedad organizada. Se convierten en un poder legítimo que tienen los padres de familia, permitiéndoles cumplir su misión de proteger, guiar, educar y socializar a sus hijos. Este poder no depende del grado de educación o de la posición social que tengan.

## LA LUDOPATÍA: UNA DEPENDENCIA NO QUÍMICA DE CUIDADO

La importancia de las normas radica en que se constituyen como pilares que vinculan a los individuos en una sociedad, favoreciendo el establecimiento de lazos y relaciones con los otros.

Por este motivo, la prevención de la ludopatía no puede ser ajena a esta realidad y debe concentrarse en la promoción de pautas de crianza basadas en normas claras, que afiancen la seguridad y autonomía de cada uno de los integrantes de la familia o medio social.

Para que esto adquiera verdadero valor y aplicabilidad es necesario que desde el estado se promueva una legislación pertinente, con la que se regule, controle y prohíba ciertas prácticas de juego que puedan ir en detrimento de la salud mental de las personas.

Se propone como ejemplo la ley de Prevención de Ludopatía desarrollada en Costa Rica en el año 2002, “cuya finalidad es proteger y mejorar la salud integral y tutelar de la familia, regular la prevención y el tratamiento de la enfermedad de la ludopatía”. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2002:4).

Para la documentación al respecto se retoman el Artículo 5 y 7 de dicha ley:

### Artículo 5. Atribuciones y competencias del Ministerio de Salud.

Corresponde al Ministerio de Salud:

- a. Adoptar las políticas y ejecutar acciones tendientes a prevenir la ludopatía.
- b. Organizar y dirigir programas para educar a la población y prevenir la ludopatía en niños, jóvenes y adultos. Para este fin, el Ministerio podrá coordinar esfuerzos con instituciones públicas y organizaciones privadas.
- c. Establecer, mediante un reglamento técnico, las

advertencias que deben incluirse en los empaques y etiquetas de los videojuegos y demás dispositivos relacionados, para colaborar en la prevención de la ludopatía.

- d. Determinar, mediante un reglamento técnico, los avisos y rótulos que deben ser ubicados en los establecimientos donde se comercien videojuegos, así como las normas que regirán los establecimientos o salas donde se alquilen máquinas de videojuego a fin de colaborar en la prevención de la ludopatía.
- e. Abstenerse de otorgar permisos para el funcionamiento de locales destinados a desarrollar actividades que estimulen la enfermedad de la ludopatía.
- f. Clausurar los locales donde se realicen actividades que estimulen la enfermedad de la ludopatía.
- g. Dar tratamiento y ayudar en la rehabilitación de quienes sufren de ludopatía, por medio del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA).

#### Artículo 7. Deber de las madres y padres de familia

Las madres y los padres de familia deberán:

- a) Cuidar a sus hijos menores de edad para evitarles la ludopatía e instruirlos en los efectos nocivos del uso excesivo y descontrolado de los videojuegos para la salud.
- b) Ayudarlos y asesorarlos en la selección de los temas sobre los que versan dichos juego.
- c) Orientar y supervisar a sus hijos para que hagan un adecuado, razonable y controlado uso de los dispositivos de videojuegos, de forma que no se afecte su salud integral.
- d) Procurar que sus hijos menores de edad no asistan a lugares, ni participen en actividades que estimulen la enfermedad de ludopatía.

### ***Utilización del ocio y tiempo libre***

La utilización que se haga del tiempo libre y del ocio, se relaciona con un mayor o menor riesgo para el ludópata.

El ocio y el tiempo libre son una herramienta útil para la incorporación de las personas de hábitos de vida saludable. Para ello es importante que se dé un acompañamiento familiar, escolar y social, con el objetivo de promover desde la infancia la realización de actividades lúdicas, recreativas y de aprendizaje de hábitos. De este modo, se puede evitar que el individuo caiga en conductas que afecten su salud y su bienestar biológico-psicológico-social.

De ésta manera, el ocio (Thompson, 1984: 449) constituye el conjunto de actividades a las que la persona se dedica de forma voluntaria y libre, sea para descansar, para divertirse, para mejorar su información o desarrollar su formación desinteresadamente, al terminar sus obligaciones académicas, profesionales, familiares o sociales. El ocio permite al que lo disfruta descanso, diversión y desarrollo.

El tiempo libre es aquél del cual se puede disponer con cierta libertad, y que no está vinculado a un trabajo profesional remunerado, a lo académico, o a una obligación o necesidad (Thompson, 1984: 450). El tiempo libre se convierte en el espacio de creatividad que permite una relación más estrecha con las personas cercanas, un contacto más tranquilo con el medio, una posibilidad de gozo personal o en compañía, una entrega altruista a los intereses solidarios, un cambio ante la soledad o el aburrimiento, e incluso un simple escape de las tensiones del tiempo productivo.

Estos elementos que brindan el ocio y el tiempo libre son una estrategia preventiva como factor protector, que genera alternativas variadas para disminuir las situaciones y los factores de riesgo para el manejo inadecuado del juego hasta que se convierta en una adicción, por la falta de control

característica.

Para contrarrestar el uso inadecuado del tiempo libre es primordial cumplir con los siguientes objetivos, desde la familia y la sociedad:

1. Suscitar una idea positiva de ocio, que favorezca el desarrollo personal y la creatividad.
2. Oponerse al concepto negativo de que el ocio es no hacer ninguna actividad. Por el contrario, pensarlo como un aprovechamiento del tiempo, en actividades de descanso que permitan otros aprendizajes vitales para la vida.
3. Valorar el tiempo libre como un aspecto que brinda equilibrio al desarrollo armónico de la personalidad.
4. Animar a las personas para que incluyan dentro de las actividades de ocio y tiempo libre el deporte, la lectura, la música, el trabajo comunitario y el cine, entre otras.
5. Posibilitar la comunicación asertiva y efectiva en los diferentes grupos sociales, como otra alternativa de ocio.
6. Convertir las actividades de tiempo libre en medios para el desarrollo de la creatividad y la imaginación, además de la expresión de emociones y sentimientos.
7. Vincular el ocio y el tiempo a la educación y a la búsqueda individual y colectiva de nuevos horizontes, la exploración de diversos campos de la realidad social y cultural, y el enfrentamiento del miedo ante situaciones desconocidas.