

LUDOPATÍA. UN ESTUDIO COMPARATIVO REALIZADO EN ITALIA Y ESPAÑA

D^a Emilia Palumberi.

D^o. Giuseppe Mannino.

Fecha de Recepción: 29 de Mayo de 2008

RESUMEN

El juego de azar patológico aparece cada vez más como una situación de emergencia social, cuyo alcance es aún oscuro, pero con una fuerte influencia no sólo sobre el jugador y su familia, sino también sobre toda la comunidad local. Las instituciones políticas y socio-sanitarias de hoy parecen subestimar el impacto del exceso de juego, aunque tienen las condiciones necesarias para atender uno de los más graves problemas psico-sociales de salud de nuestra sociedad.

El estudio es fruto de la investigación realizada en ocasión de la experiencia de intercambio realizada en el Centro de Orientación Familiar de León (España). Este trabajo tiene por objeto proporcionar un marco teórico de la dependencia en el juego, su evolución y los efectos sobre el individuo y en sus informes. Una perspectiva que mira a Europa puede resultar útil a nuestro país, en términos de organización y entorno reglamentario, para hacer frente a nuevas formas de dependencia.

PALABRAS CLAVE

Juego de azar patológico; ludopatía; dependencia; salud; bienestar; promoción; prevención.

1.- Introducción.

La ludopatía registra un aumento y difusión constantes; sin embargo, las instituciones políticas y socio-sanitarias parecen subestimar su impacto; a pesar de esto, la ludopatía constituye un serio problema psico-socio-sanitario para nuestra sociedad.

El juego, de diversión simple, sano y de pasatiempo puede convertirse en una verdadera enfermedad; el verdadero sentido del juego, lugar simbólico y

separado de recreo, con el cual el individuo se construye y se descubre, experimenta la libertad y la creatividad, aprende reglas y roles, se transforma en esclavitud, obsesión, repetición. El jugador patológico es un individuo incapaz de oponerse al impulso de jugar, a pesar de saber que su comportamiento compromete, destruye o daña sus relaciones personales matrimoniales, familiares y profesionales.

En el análisis de dicha problemática es necesario considerar dos dimensiones distintas pero relacionadas: en primer lugar, el juego como verdad difusa y no peligrosa, expresión de la libertad del individuo, en segundo lugar, el juego causa de sufrimiento y los daños provocados por esta actividad. En esta perspectiva, es importante estimular las formas sanas de juego y prevenir las problemáticas, con la extensión y la promoción de una cultura adaptada del juego, que valore las potencialidades, sin subestimar el riesgo.

La Asociación Psiquiátrica Americana, en 1980, clasifica la ludopatía como Trastorno del Control de los Impulsos, poniéndola en relación con el grupo de los trastornos obsesivos-compulsivos y con el comportamiento de abuso y dependencia de sustancias.

Con la revolución tecnológica se ha difundido una nueva manera de jugar, ermitaña y sin entorno ni contexto; esta forma de actividad se realiza a cada hora y en cualquier lugar, tiene reglas válidas simples y universales. Las nuevas actividades lúdicas son, rápidamente, accesibles a todos, facilitan la pérdida del control del dinero y de la dimensión temporal, se proponen como “abrigo” que aleja de una realidad tediosa e insatisfactoria.

Jacobs (1989), Griffiths (1990) y Fisher (1993), enfatizan los riesgos que pueden derivar de las nuevas formas del juego, dichos riesgos involucran mayormente a los adolescentes, y ponen en evidencia tres variables que inciden sobre el riesgo: aumento de la liberalización de dichos juegos; la opinión común es que son inofensivos; mayor tolerancia hacia dichos juegos y aumento, en los

últimos años, de conocerlos e utilizarlos. Según los autores, factores incisivos son el conocimiento limitado del problema y la escasa atención hacia programas capaces de formar una conciencia colectiva acerca de los problemas relacionados con el juego.

Los juegos que con mayor probabilidad predisponen al riesgo parecen ser los que ofrecen mayor espacio-tempestad entre la apuesta y el premio, entre estos los juegos del casino, las slot machine y roulette, pero también videopoker y el bingo. Los juegos más tradicionales, como Lotto y Superenalotto, carreras de caballos, loterías, Totip, Enalotto, las apuestas y los juegos de pronósticos en el fútbol, inducen una patología que entra en el área de las “dependencias sin sustancias”.

Tradicionalmente, el concepto de dependencia se refería, exclusivamente, al uso de alcohol o drogas; sin embargo en las últimas décadas, el significado del término dependencia se ha ampliado, hasta abarcar las más recientes conductas de dependencia (new addiction). Entre las nuevas formas patológicas capaces de influenciar la experiencia del individuo están el juego compulsivo y las otras dependencias tecnológicas, las dependencias sexuales y relacionales, la adicción al trabajo y a las compras, la dependencia al deporte y las comilonas compulsivas.

2.- El juego como fenómeno cultural y necesidad social.

Algunos autores en literatura han analizado el juego, como actividad “sana” y como característica esencial de los seres humanos, no sólo en la edad infantil.

Piaget (1926) reconoce al juego una función en el desarrollo de la esfera cognoscitiva y la personalidad del niño; una interpretación de la actividad lúdica proviene de Vygotskij (1930), el cual considera el juego una fuerza activa en la evolución no solo cognitiva sino, también, afectiva y humana.

La “necesidad de jugar” permanece en el adulto y se manifiesta con modalidades y medidas distintas, transformando las posibilidades simbólicas en

actividades creativas de escritura, deportivas, musicales, artísticas; dicha necesidad responde al deseo de ponerse a prueba, de suspender las consecuencias de las acciones, a través de la “supuesta función de moratoria del juego” (Bruner y a, 1981).

Según Huizinga (1938), el juego no es, simplemente, el antagonista simple del trabajo, elemento secundario de la cultura sino que ejerce un rol fundamental en el desarrollo de la civilización, como “operador cultural”, verdadera forma de cultura.

Mauss (1969) afirma que el juego es una invención mental de nuestras civilizaciones. La experiencia lúdica es un momento imprescindible de la vida humana, una dimensión capaz de dar alegría y de liberar al hombre de los vínculos y de la monotonía: Fink (1986) en su estudio compara el juego a una oasis de alegría, una manera para conseguir libertad de la cotidianeidad y trasladarse en “otro” mundo, en el cual la vida parece ser más feliz.

Sarchielli e Dallago (1997) enfatizan que el juego representa la exigencia del hombre de dar a la suerte un lugar estable en sus procesos mentales.

En los mismos años, Imbucci, considerando que, en el mundo Mediterraneo, el juego sigue una jerarquía que reproduce una línea de subdesarrollo (Grecia, Portugal, España, Italia, Francia), hipotiza que el juego mismo representa un elemento de compensación de la realidad. El mismo autor en algunos estudios siguientes (1999), analizando el mercado del juego entre el 1800 y el 1900 en nuestro país (Italia), evidencia tres funciones: a) *una función lúdica*, dicha función se realiza en los momentos de progreso económico y de la consiguiente mayor consumición del juego. Una función, *vicaria existencial*, que ve el juego como el compensador del malestar diario, un “sustituto de la esperanza”, sobretodo en las áreas mayormente caracterizadas por la precariedad, como en el sur de Italia. La ultima función es la *fase regresiva* en la qué se verifica un rápido aumento y no

homogéneo del juego en presencia de las crisis económicas, sociales y políticas, por lo tanto el juego representa una evasión.

Es probable que el juego tenga también una función importante relacionada con la pertenencia a un grupo. Rosencrance (1986) ha demostrado que la persistencia en el juego puede ser reconducida no tanto a la estructura de personalidad del sujeto, cuanto a la relación existente con el grupo de los jugadores. En sus estudios ha evidenciado que la fuerza del juego no es la actividad, sino la relación con los otros jugadores y con la red social de los participantes.

Anteriormente, Zola (1964) había evidenciado que, observando las relaciones en un grupo de jugadores, las apuestas, aunque no eran fuente de diversión ni de ganancia, constituían un sistema socialmente compartido y aceptado que permite orientar las frustraciones, de forma no destructiva y compartir con otras personas valores y metas no alcanzables de otra forma.

El grupo era también un envase tranquilizante para determinar las faltas y las pérdidas. Jugar en estos casos no es un medio para escapar de la realidad o enfrentar las necesidades no funcionales, si no como posibilidad de realizar un papel, de ser alguien y vivir una dimensión relacional, leal y compartida.

Newman (1972) recuerda cómo en los lugares del juego se ofrece la posibilidad de compartir un sistema de valores de una subcultura típica de las sociedades tradicionales (afectividades, colectividades, universalismo) en oposición a los valores típicos de las clases medias (neutralidad afectiva, intereses privados, particularismo). Como observa Ocean (1993) el juego es un mundo “a parte”, en el cual las relaciones entre los jugadores se realizan solamente en el sitio lúdico; la red externa del jugador se empobrece, en cuánto la carencia de sistemas compartidos de significado y experiencias aíslan a los jugadores de la familia, los amigos y compañeros. La identidad social “externa” llega a ser secundaria y disminuye el autoestima.

Por otro lado, Prus (2004) considera el juego como una simple y “normal” actividad humana, fascinadora y persistente, y pone el acento en las maneras a través de las cuales las personas lo realizan. Es una actividad “contextual”, indicando con esto no sólo el hecho que *settings* específicos preceden y acompañan el jugador (lugar en el cual se juega, secuencia de los acontecimientos), sino que, también quien está implicado en el juego, está en cierta manera relacionado con el resto de la comunidad, a un contexto exacto, por varias razones (dinero, deseo de la estima, uso de los servicios).

3.- El cuadro epidemiológico italiano.

La historia del juego de azar comienza, aproximadamente, en el 3000-4000 a. C; en la sociedad egipcia se practicaba el juego, como testimonia el hallazgo de imágenes de dados y de jugadores. El término “azar” deriva de la palabra francesa "hasard", que a su vez deriva del árabe "az-zahr", un antiguo juego oriental de dados.

Durante el transcurso de los años, el desarrollo social del problema del juego de azar ha sido, en parte, favorecido por las amplias posibilidades de elección entre varios tipos de juegos legales, que han permitido responder a los intereses de los jugadores con distintas propensiones y con distintas personalidades.

La actitud respecto al juego de azar ha cambiado a lo largo de la historia, alternando fases de permisividad y de prohibición. En los últimos dos milenios emerge que la competencia en el juego haya sido, primariamente, un pecado, en el ámbito religioso, luego, en ámbito jurídico, el juego era un delito, finalmente, la competencia en el juego pasa a ser de dominio de la medicina y la psicología, que lo enfocan como enfermedad compulsiva.

Además de un paradigma moral del juego como vicio, legal como delito y psicoanalítico como enfermedad, es posible evidenciar un paradigma económico, en el cual el “juego es *business*”: su difusión en el contexto social y económico

hace del juego un recurso y una fuente de financiación para las cajas del Estado y de las Regiones. A partir del 1963, comienza, en los Estados Unidos, la legalización del juego y se expande un clima positivo y de confianza en las actividades del juego: que producirían riquezas y beneficios y, a través de la legalización del juego, sería posible sustraer recursos a la criminalidad organizada. Sobretudo, es el monopolio del Estado sobre el juego de azar que se convierte en importante recurso financiero para enriquecer la tesorería pública.

La actitud del Estado Italiano es contradictoria, por un lado prohíbe algunos juegos, por otro lado, y legaliza otros para incrementar sus entradas económicas. Dicha ambivalencia se refleja en dos alineaciones presentes en el país: los opositores, para los cuales los casinos son solamente un medio para reciclar dinero, considerando dicha actividad riesgosa para el orden, la seguridad y la vida individual y social, y los que favorecen el juego y su desarrollo, en cuanto fuente de trabajo y prevención del juego clandestino.

Según los datos del Informe Eurispes 2007, el juego de azar involucra, en Italia, hasta el 70-80% de la población adulta, alrededor de 30 millones de apostadores. En Italia, aproximadamente, el 80% de la población juega, por lo menos una vez por año y el porcentaje de los jugadores patológicos está comprendido entre el 1% y el 3%.

Respecto al género, el juego de azar patológico está mayormente difuso entre los hombres, los cuales juegan mucho más que las mujeres; con el tiempo, sin embargo, dicha diferencia disminuye porque las mujeres juegan cada vez más (el loto y el bingo son los juegos más frecuentes). La edad media de las mujeres con problemas relacionados al juego es más elevada, sin embargo el camino hacia la dependencia es más rápido respecto a los hombres¹. Además, la prevalencia de jóvenes que sufren problemas relacionados con juego resulta ser el doble en

¹ Lavanco, G., Varveri, L., (2006), *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*, Carocci Faber, Roma.

respecto con los adultos. Los juegos mas difundidos son el juego de las cartas y las apuestas deportivas. Además, el juego de azar ilegal entre los jóvenes es mucho más difundido, por lo tanto la evaluación del *gambling* patológico resulta ser más difícil².

Los inevitables costes en el ámbito individual y social relacionados con el juego de azar crean algunos interrogantes respecto, por ejemplo, a la contradicción ética del Estado Italiano que, por un lado, quiere ganancia proveniente del juego legal, y por otro, reclama una forma de control sobre el juego ilegal. Las consecuencias que el juego produce suscitan varias preocupaciones en ámbito clínico, en referencia a los casos de ludopatía, que provocan compulsión, y pueden conducir a verdaderas dependencias mentales.

Hoy, el impacto que la política de progresiva legalización e incentivación del juego tiene en el ámbito de la comunidad, aparece más clara. No obstante, en Italia dicho fenómeno haya asumido, en el último decenio, un impacto social urgente, es a partir de los últimos años que el Estado Italiano, a diferencia de otros países, se ha movilizó: se asume, hoy, que el juego patológico no es un vicio, sino una forma de dependencia y como tal debe ser abordada.

No obstante una lectura superficial de los datos puede crear la ilusión que convertirse en jugadores patológicos sea un riesgo relativamente bajo, a través de un cálculo aproximado se evidencia que en Italia, el número de los “esclavos del juego” se coloca entre los 700 y 800 mil. Los estudiosos, sin embargo, afirman que durante el bienio 2000/2001, en coincidencia con un mínimo de restablecimiento económico, se ha registrado una disminución del juego. Parece ser que durante los periodos económicos mejores se juega menos. En particular, *Fiasco* (2001) afirma que el juego representa un recurso para la población, porque representa una esperanza de vida mejor, cuando el Estado no la garantiza; el autor define el juego

² *Ibidem*

como el impuesto sobre la pobreza, porque parece ser que los mayores contribuyentes se situasen los contextos sociales de mas baja retribución.

El autor, además, evidencia que es en los periodos de crisis económica cuando los italianos juegan mayormente y es en situaciones de depresión social cuando más se desarrolla la dependencia.

Para demostrar que la economía de los juegos es inversamente proporcional al bienestar económico, *Fiasco* pone en evidencia algunos datos relativos a la relación entre entidad del juego y riqueza del territorio: los habitantes de las regiones meridionales, en las cuales la producción de riqueza es baja, destinan el 2,5 % de sus entradas económicas para el juego, valor superior a aquel que viene destinado en las regiones del norte. “Una correlación negativa tan vistosa, según la cual, cuando la economía florece, el azar disminuye, dicha correlación debería quitar importancia a la retórica de la que venia considerada la incurable pasión de los italianos. (...) Si el juego es una alternativa a la acción constructiva para acceder al rédito, cuando se reduce la credibilidad de la respuesta activa a la necesidad (en los periodos de crisis económica), aumenta la fuerza atractiva de la suerte en el juego. Por el contrario, con la dinamización de la economía, adquiere significado la búsqueda de soluciones que no sean aleatorias.”³

Como se ha dicho anteriormente, de estudios hechos en Italia resulta que el 80% de la población adulta dedica atención al juego: la esperanza de enriquecerse concierne, en particular, a casi la mitad de las familias que tienen réditos inferiores a la media y a más de la mitad de las personas desocupadas; el juego, en estos casos es una diversión que no interfiere, negativamente, con la vida. Se evidencia un mayor recurso al juego por parte de los contextos sociales medios-bajos, en particular, en las familias con doble rédito emerge una cierta propensión a destinar una parte de las entradas económicas para intentar la suerte; se hipotiza que el

³ Fiasco, M., (2001), “Aspetti sociologici, economici e rischio di criminalità”, in Croce, M., Zerbetto, R., (2001), *Il gioco e l'azzardo*, Franco Angeli, Milano; p. 328

segundo rédito pueda constituir un incentivo hacia el juego, considerado como una verdadera inversión alternativa. Dicha ilusión puede, algunas veces, conducir al endeudamiento, con probables consecuencias extremas, como la usura: el 10% de las familias que se dirigen a las fundaciones contra la usura, se encuentran involucradas en problemas de juego, con fuerte incidencia de los núcleos con doble renta⁴.

Italia detenta, actualmente, la supremacía del gasto per-capita (500 euro), en el último año el juego ha involucrado el 20% más de familias italianas respecto al 2006. El mercado italiano representa el 9% del mercado mundial; en *Abruzzo, Campania, Sicilia y Sardegna* las familias invierten en juegos de azar el 6,5% de su renta. La coordinación Nacional de Agencias y Asociaciones que ayudan a los jugadores patológicos, proveedora de los datos a nuestra disposición, ha presentado recientemente, al Gobierno un documento solicitando el derecho a la cura de los jugadores patológicos, en cuanto su dependencia debe considerarse una “enfermedad social”.

4. -El juego de azar patológico y los criterios diagnósticos.

Sobre la base de los criterios de clasificación tradicional de la psiquiatría, es posible constatar la presencia de “Juego de Azar Patológico” cuando existe un comportamiento persistente, recurrente y desadaptivo”, es decir cuando el juego tiene importantes consecuencias sobre la vida personal, social y laboral del jugador (DSM-IV, 1994).

El concepto de adicción al juego de azar o “gambling” es reconocido oficialmente por el American Psychiatric Association, a partir de la III edición del Manual Estadístico-Diagnóstico del 1980, como una nueva categoría diagnóstica y

⁴ Delle Fave, S., “Sono circa 800mila in Italia gli 'schiavi del gioco': l'analisi dello psicoterapeuta Rolando De Luca”, in www.redattoresociale.it, 16/05/2006

consecuentemente un trastorno psiquiátrico independiente. El juego de azar patológico es clasificado como uno de los cinco trastornos del control de los impulsos no clasificados en otro apartado, junto con el Trastorno Explosivo Intermitente, la Cleptomanía, la Piromanía y la Tricotilomanía

El DSM en su IV edición indica 10 sub-criterios comportamentales para la diagnosis de la adicción al juego de azar; si el sujeto presenta por lo menos cinco de los siguientes síntomas es un jugador patológico o “*pathological gambler*”:

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 en otros momentos con el intento de recuperarlo (tratando de cazar las propias pérdidas);
7. Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego;
8. Se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo oportunidades educativas o profesionales debido al juego;
9. Se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego;

10. Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación causada por el juego.

El jugador patológico muestra una verdadera dependencia hacia el juego: aumenta notablemente el tiempo que transcurre jugando, aumentan la frecuencia de las jugadas-apuestas y la inversión económica, en el intento de recuperar las pérdidas, invierte más de lo que sus entradas económicas permiten, descuidando los normales compromisos de la vida.

La experiencia del azar, muchas veces viene descrita como “exaltante”, de hecho han sido evidenciadas importantes modificaciones fisiológicas y psicológicas, como tensiones musculares, palidez, intensa sudoración, excitación psico-motriz, percibidas como gratificantes.

Se distinguen varias tipologías de jugadores y distintos niveles de juego, los cuales no representan categorías independientes, sino puntos de un único *continuum*. Mientras que algunos jugadores nunca experimentan los aspectos problemáticos relacionados con el juego, otros desarrollan un comportamiento problemático que tendrá graves consecuencias en sus vidas. No obstante no exista una distinción aceptada de manera unívoca, es importante distinguir entre jugadores de azar y jugadores patológicos. Para muchas personas, de hecho, muchos juegos de azar son entretenimientos agradables, en algunos casos ocasionales, en otros habituales, sin embargo, el juego no es, necesariamente, patológico, porque no es la cantidad el factor que discrimina el problema.

Dickerson (1993) afirma que el jugador “social” es capaz de limitar las pérdidas y abandonar el juego cuando lo desea, decidiendo dejar de jugar cuando gana. A dicha categoría pertenecen los individuos que juegan solo por diversión, para pasar el tiempo o relajarse; desean ganar, prefieren juegos que no sean particularmente veloces, se sienten atraídos por el riesgo pero permanecen capaces de dejar de jugar. Es de la misma opinión Custer (1984), el jugador social puede

dejar de jugar en cualquier momento, lo importante para él no es el juego, sino que otros aspectos de su vida.

Los jugadores “problemáticos” representan una porción más amplia de la población y son los que manifiestan de 1 a 4 criterios evidenciados por el DSM; se trata de individuos que juegan de una manera que compromete, quiebran o dañan el ámbito personal, familiar y social, aunque no lleguen a la “fase de la desesperación”, descrita por Custer, y de la cual escribiremos mas adelante. Con el concepto de “juego problemático” se consideran una serie de conductas como el grave desperdicio de dinero, las ausencias en el colegio o en el trabajo, los escasos resultados escolásticos o profesionales, las dificultades relacionales, los robos, las mentiras, la depresión, el uso de sustancias. Estas conductas pueden ser consideradas como una línea continua que se extiende de casos menos graves, a casos mas graves; “juego patológico” es el término utilizado comúnmente para indicar el caso mas grave. En un individuo que tiene una adicción al juego el impulso de jugar se convierte en una necesidad irrefrenable e incontrolable, acompañada por una fuerte tensión emocional y por la ausencia de un pensamiento reflexivo y lógico.

El auto-engañó y el recurso a razonamientos, en apariencia concretos, adquieren la función de instrumento de control de la culpa y alimentan círculos viciosos de autodestrucción que mantienen dichas conductas. Frecuentemente después de una primera fase caracterizada por ganancias emocionantes, el individuo “persigue” otras victorias, aumentando las frecuencias de las jugadas y apuestas: se trata de la “persecución de las perdidas” o “*chasing*”. El estado mental es distinto en un jugador patológico y en un jugador asiduo pero no adicto y se caracteriza por el objetivo de alcanzar una condición parecida a la embriaguez. El jugador se encuentra completamente absorbido por el juego, experimenta una modificación de la percepción temporal, una reducción o incluso un bloque del tiempo. A veces la tendencia a lograr un estado alterado de la conciencia, hasta alcanzar un estado de trance hipnótica, está favorecida por la consumición de

alcohol o de otras sustancias que, asociadas al juego, alimentan la pérdida del control de la conducta.

5.- Las fases de Custer.

En 1971, Custer abre, en Estados Unidos, una clínica para el tratamiento de la adicción al juego, asumiendo los métodos utilizados para el tratamiento de los alcoholistas. Custer describe el juego de azar patológico como una sucesión de fases distintas pero no obligatorias, que el jugador puede atravesar, y que van de un agravamiento del problema a una posible resolución del mismo. El autor ha elaborado un modelo evolutivo basado en un esquema que, toma en consideración las dinámicas y la historia que conducen al jugador a un verdadero trastorno. Las fases constituyen líneas continuas que van desde un grado “inofensivo” de utilización del juego al abuso del mismo, hasta llegar la completa implicación con el juego; a través de una progresión de pasos: juego ocasional, juego habitual, juego problemático; considerando el juego patológico como el punto de llegada de una larga evolución. Es un proceso lento y una trayectoria insidiosa que no prevé etapas obligatorias inevitables: no todos aquellos que atraviesan las primeras fases, serán, necesariamente, jugadores patológicos.

Desde una primitiva etapa de ganancia, se pasa a través de la fase de la pérdida hasta la fase de la desesperación; sucesivamente puede existir un periodo de recuperación, a través de una fase crítica, de reconstrucción. En lo específico, han sido individuadas las siguientes *etapas*:

- La primera fase de encuentro con el juego es definida fase de la ganancia, está caracterizada por un juego de tipo ocasional, en compañía de amigos y familiares. Se juega para pasar el tiempo y divertirse, en general la duración de este tipo de juego va desde tres a cinco años. Las ganancias iniciales crean motivación a seguir jugando, muchas veces, esto es debido a la capacidad del juego de producir placer, aliviar tensiones y estados

emocionales negativos, constituyendo un remedio contra el ansia o la depresión. Generalmente una ganancia estimula en el jugador el convencimiento de ser más hábil que los demás y de poder convertirse en un jugador profesional, desarrollando fantasías de victorias, pensamientos optimistas e irracionales. La conducta asumida por dicho jugador es la misma que tienen los jugadores comunes o habituales, porque existe en ellos el compromiso de dejar de jugar cuando se comenzará a perder o se superará la cuota de dinero establecida anteriormente. Los jugadores creen que pueden controlar el juego, fuente de placer y sostén del auto-estima, evitando las consecuencias negativas. Sin embargo, cuando el individuo gana más de lo que racionalmente creía posible y comienza a percibirse como particularmente dotado de talento y ayudado por una buena dosis de suerte, empieza a experimentar sensaciones de excitación y vértigo. No obstante, el jugador utilice estrategias para ganar, la suerte lo abandona, entonces él comienza a jugar “persiguiendo” victorias que puedan compensar las pérdidas.

- La fase de la pérdida, que dura aproximadamente cinco años, está caracterizada por un tipo de juego solitario, por el aumento de la cantidad de dinero y tiempo invertidos en actividades que dan la esperanza de ganancias elevadas pero que dejan pocas posibilidades de victoria. Se crea, de esta forma, un círculo vicioso: ganancias periódicas, junto a deudas y dificultades financieras, seguidas de pérdidas frecuentes y prolongadas. Aumentan los pensamientos relacionados con el juego, se atribuye la culpa a un periodo de mala suerte y comienza la búsqueda de más cantidad de dinero para invertir en nuevas y presuntas ganancias (perseguimiento de las pérdidas). El jugador pide préstamos, utilizando coberturas, engaños y mentiras. No logra dejar de jugar, pierde el control de sí mismo y de la situación, se desarrollan las primeras síntomas de la adicción. No obstante se determina un deterioro de las relaciones interpersonales, la familia trata

de salvar al jugador, concediéndole una especie de “caución” que debería servir para que abandone o reduzca el juego.

- Comienza la fase de la desesperación, caracterizada por la pérdida de la esperanza y por la angustia debida al conocimiento de que existe el problema. La conducta del jugador contrasta con sus valores y sus elecciones éticas y sociales. Crece el aislamiento social, las relaciones profesionales y familiares se dañan, hay divorcios y separaciones. Para resistir al derrumbe se busca sostén en el juego, hasta llegar a episodios traumáticos, gestos desesperados de suicidio y se concretan acciones ilegales. El jugador ha perdido totalmente el control, se encuentra dominado por la necesidad de jugar y comienza a considerar como única solución el pedir ayuda. Él demuestra seguridad, pero en realidad vive momentos de pánico, que trata de aliviar con el juego. Externamente parece que atribuya la culpa de su situación a todos excepto a sí mismo, interiormente vive momentos de angustia extrema y jugar es la única manera para aplacar sus sufrimientos y poder “sentirse en acción”.
- En la fase crítica comienza el camino hacia la cura: nace el deseo de ser ayudado, la esperanza de superar el problema, el intento realista de suspenderlo o resolverlo a través del regreso a la actividad laboral y aparecen varios intentos de devolver el dinero que el jugador ha recibido en préstamo y recuperar las relaciones socio-familiares.
- Las fases siguientes son la reconstrucción, durante la cual se intentan recuperar los daños afectivos y económicos y comienzan a verse mejorías en las relaciones familiares, en la capacidad de planificar nuevos objetivos, mejora la autoestima y se adquiere una mayor relajación; la otra fase es el crecimiento, en la cual disminuyen las preocupaciones relacionadas con el juego, se desarrolla una mayor introspección y un nuevo estilo de vida. Es la etapa de la rehabilitación que conducirá a la curación.

A las fases de Custer, Rosenthal (1987) adjunta la fase sin esperanza, caracterizada por la incapacidad de alcanzar las etapas de la resolución del juego patológico.

6.- Etiopatogénesis y comorbilidad.

El concepto de comorbilidad, factor central de análisis del fenómeno del juego patológico, indica la presencia de más de un desorden psicológico diagnosticable en el mismo individuo y en el mismo momento. El juego de azar patológico, frecuentemente, se asocia a otros trastornos, cuales el abuso de sustancias y alcohol, los trastornos del humor y de personalidad y otros trastornos del control de los impulsos.

Entre el juego de azar patológico y la adicción a las sustancias existen numerosas conexiones: el exceso de alcohol, el recurso a drogas y el juego de azar son formas de dependencia similares. En los adictos a sustancias y en los jugadores patológicos pueden verificarse crisis y síntomas de abstinencia, frecuentemente intensos, caracterizados por inquietud y nerviosismo, temblores, insomnio, etc. Algunos estudios en el ámbito de las múltiples toxicomanías han intentado encontrar correlaciones entre el abuso de sustancias y el juego de azar; Custer (1982), en el ámbito de los programas de tratamiento para los *Gamblers Anonymous* ha evidenciado la semejanza entre los jugadores y las personas que hacen uso de drogas. Por su parte, Cancrini ha demostrado que para el jugador de azar lo importante es la acción, un estado de euforia y de excitación, comparable al estado inducido por las drogas.

El juego patológico, además, está relacionado con formas antisociales e individualista de relación con los otros; jugar es una revancha contra las frustraciones, representa la búsqueda del ocio y del alejamiento del trabajo y de la responsabilidad. El juego aparenta ser una protección de una identidad personal

débil y de una relación interpersonal problemática. Según Rosenthal (1992) y Cancrini (1996), el juego de azar patológico recalca las características más evidentes de las personalidades borderline, como las oscilaciones violentas en el humor, los excesos y la precariedad en las relaciones, las dificultades en control y el dramatismo. Marino (2002) confirma que la presencia de específicas condiciones psico-patológicas es un factor que predispone al juego; el autor se refiere a los desordenes en eje I (trastornos del humor, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastornos relacionados con sustancias) y los desordenes en eje II (trastorno de personalidad antisocial, trastorno narcisista, trastorno borderline).

Lejoyeux et al. (1999), por primera vez, indagan la relación existente entre la dependencia de alcohol y el trastorno del control de los impulsos sobre un grupo de 79 pacientes alcohólicos, ingresados en una estructura psiquiátrica para la desintoxicación. No obstante los límites de la investigación, por la poca entidad de la muestra, los autores estiman que el 38% de los sujetos presentan un trastorno del control de los impulsos, en concreto: 19 casos de trastorno explosivo intermitente, 7 casos de juego de azar patológico (8.9 %), 3 casos de cleptomanía, 1 de tricotilomanía, ninguno de piromanía.

Con el objetivo de encontrar una superposición entre distintos tipos de dependencia, Griffiths (1994) conduce, en el Reino Unido, una investigación exploratoria sobre las *cross addiction* (dependencia cruzadas). El autor envía 465 cartas a varias organizaciones que se ocupan de problemas de droga y alcohol, solicitando información respecto a sujetos dependientes del juego y de alguna otra actividad o sustancia. El 53% de las respuestas admitían, por lo menos, un caso de *cross addiction*, la más frecuente es la adicción alcohol / juego de azar (42%), seguida por la adicción drogas / juego de azar (20%), solventes /fruit machine (10.5%), alcohol y drogas /juego (7%) y por último anfetaminas / juego (3.5%). En pocos casos aislados el juego está acompañado por el uso de cannabis, de tranquilizantes, de cafeína y por otras actividades como el comer exageradamente y jugar con los video-juegos.

El alcohol es la sustancia que mayormente esta asociada con el juego de azar y ha sido hipotizado que ejerce una función de desinhibición sobre la conducta del sujeto, gracias a la cual, causando la perdida del control podría causar una involucración con el juego. En la misma perspectiva se mueven los estudios de Kyngdon e Dickerson (1999), los cuales han comparado dos grupos en laboratorio: a un grupo se le suministro un placebo, al otro grupo alcohol. Los resultados muestran que el uso de alcohol causa el persistir de la actividad de juego después de una perdida, sin embargo no se evidencian aumentos significativos en la cantidad de las apuestas. Para los autores esto demuestra que la relación entre el alcohol y el juego de azar es compleja: por un lado, el alcohol desinhibe las conductas impulsivas de manera que el juego continúa, pero, por otro lado podría intervenir algún control de tipo cognitivo, mediado por la reducción del dinero invertido en las apuestas.

Del mismo tema se ocupan Baron y Dickerson (1999), los cuales, a través de un estudio demuestran que el alcohol influye en las fases iniciales, aumentando la urgencia de jugar, y en las fases finales, impidiendo la interrupción del juego. Continuar a tomar alcohol, durante el juego, incide modestamente en la progresiva perdida de control, el cual parece, mayormente, influenciado por el grado de involucrimiento del jugador.

Otra perspectiva de investigación sostiene la idea que existen dimensiones de personalidad que son comunes a todas las probables dependencias. No es importante la sustancia o la conducta de la cual el sujeto depende, sino su tendencia a desarrollar una adicción. Ciarrocchi et al. (1991) comparan las puntuaciones del MMPI de tres grupos de sujetos: jugadores, alcoholistas y jugadores /alcoholistas. Los resultados muestran una semejanza en las puntuaciones relativas a algunas escalas del test, no solo entre aquellos que presentan una codependencia, sino también, entre los dos grupos con una sola dependencia.

El juego de azar patológico, frecuentemente, se pone en relación con el ámbito afectivo, como si fuese el equivalente de la depresión, una conducta que

sustituye una depresión negada, la cual aparece generalmente cuando el jugador deja de jugar. La presencia de la depresión es central en la adicción al juego, tanto que Ladouceur (1990) reconoce en ella uno de los motivos principales que llevan al jugador a pedir ayuda. El jugador no es consciente del problema que tiene, pero advierte el problema financiero; solo cuando no puede controlar sus acciones y ve su vida destruida cae en depresión y pide ayuda. La literatura científica ha encontrado una significativa correlación entre depresión y juego; Linden, Pope e Jonas (1986) realizan una entrevista estructurada a una muestra de 25 sujetos, provenientes de estructuras para Jugadores Anónimos; los resultados muestran que el 72% ha experimentado, por lo menos, un episodio de depresión mayor y el 52% sufre de episodios depresivos recurrentes. Otra investigación significativa ha sido conducida por Becona et al. (1996): ellos utilizan una muestra procedente de una población general no tratada. Estos sujetos son evaluados a través de los criterios para el juego de azar patológico y a través del *Back Depression Inventory* (BDI) para estimar su nivel de depresión. Los autores descubren una correlación positiva entre los criterios que indican la presencia del trastorno y las puntuaciones obtenidas en el BDI: más grave es la conducta de juego, más importante es la depresión. Establecida una frecuente comorbilidad entre dichos fenómenos, el paso siguiente es interpretarla; no resulta fácil establecer si el estado depresivo constituye la causa, la consecuencia o una alternativa a la conducta de juego. El stress que debe enfrentar un jugador es tan grande que puede justificar un episodio depresivo, sin embargo es difícil comprender si la depresión está presente o se esconde detrás de una conducta que no es funcional. El hecho que los jugadores, frecuentemente, recurren a acciones ilegales y criminales ha hecho pensar a los autores que puede existir un trastorno antisocial de la personalidad en los jugadores patológicos (Cunningham-Williams et al. , 2000). Lesieur (1979) no está de acuerdo con esta hipótesis. El autor describe la evolución en la carrera del jugador incluyendo conductas criminales que explica con la filosofía del *chasing*: el jugador para recuperar el dinero perdido se involucra en el juego cada vez más hasta acabar con las fuentes legales que le permiten procurarse el dinero

legalmente. Por lo tanto el jugador, para continuar jugando y con el objetivo de ganar y cubrir las deudas, se ve obligado a recurrir a acciones ilegales, como las estafas. Según Lesieur es la “espiral” del involucramiento en el juego de azar que provoca las acciones criminales. Esta evidente relación puede ser explicada en dos formas: la primera atribuye un rol causal y primario al trastorno de personalidad antisocial; es su presencia que predispone el individuo a cometer acciones criminales o conductas relacionadas con el juego, las primeras son independientes de las segundas; o es dicho trastorno de la personalidad que favorece acciones criminales para enfrentar los problemas financieros causados por el juego. De lo contrario es posible que el estilo de vida que deriva de la conducta de juego provoque una modificación importante en la personalidad normal del jugador, adquiriendo las características de la personalidad antisocial.

Blaszczynski es el autor que ha contribuido mayormente en este ámbito. En una investigación del 1994, junto a McConaghy, examina el tipo de crímenes cometidos por los jugadores para comprender si estos pueden ser causados por una personalidad antisocial. Los resultados muestran que la mayoría de dichos crímenes están directamente relacionados con el juego (48%), por lo tanto tienen el objetivo de enfrentar situaciones difíciles y no dependen de una propensión criminal. Sin embargo, existe una parte de la muestra (15%) que satisface los criterios, establecidos por el DSM III, para la diagnosis de trastorno de personalidad antisocial. La diferencia entre dichos jugadores y los que poseen una personalidad normal es que los primeros manifiestan, apenas comienzan a jugar, conductas criminales, los otros presentan un mayor lapso de tiempo entre el exordio del juego y el comienzo de las conductas criminales. El dato está confirmado por la observación Blaszczynski e McConaghy(1988), según los cuales los problemas relacionados con el juego se verifican después de cinco años del comienzo del juego. Por lo tanto, existen jugadores en los cuales la conducta antisocial es la expresión de una personalidad patológica, pero en la mayoría de los casos dicha conducta es inducida por las deudas y por la voluntad de esconder la adicción.

En la investigación conducida por Meyer e Stadler (1999) emerge que el 89.3% de los jugadores de azar han cometido por lo menos un crimen en su vida. Los autores utilizan una perspectiva multifactorial, asumiendo como factores que predisponen al crimen, la personalidad, el apego social y el comportamiento dependiente.

Desde un punto de vista causal, los autores, creen posible que el juego de azar se desarrolle a partir de un conjunto de conductas criminales existente que sostiene un avance desviado y primario; sin embargo sostienen, también, la posibilidad que la adicción conduzca al aislamiento y al quiebre de las relaciones sociales y como consecuencia la modificación de la personalidad.

La compleja etiopatogénesis del juego problemático puede ser sintetizada a través de dos grandes categorías de factores de predicción, condiciones que indican el riesgo de desarrollar una conducta disfuncional, los factores individuales y los factores sociales. Los primeros son la historia personal del individuo, las experiencias de vida que han contribuido a la definición de su subjetividad, sus modalidades cognitivas y emocionales, la percepción que el sujeto tiene del juego, sus capacidades y características genéticas y neurobiológicas. Los factores sociales son las características del contexto familiar, las costumbres del grupo, las redes y el sostén social, el contexto cultural. El sexo, la edad, la instrucción y formación son factores socio-demográficos. Según Gherardi (1991) la presencia de uno o de los dos padres con problemas de juego, la muerte de ellos, la separación o el divorcio de los mismos, el abandono, antes de que el hijo haya cumplido 15 años, la iniciación en el juego de azar durante la adolescencia, un insuficiente valor atribuido por la familia al ahorro y la excesiva importancia dada a símbolos materiales o financieros, constituyen factores importantes. Factores significativos son el grupo al cual el individuo pertenece, la frecuencia de las jugadas y el dinero invertido.

7.- Las características de personalidad.

La investigación ha demostrado que algunas dimensiones de la personalidad están relacionadas con el juego, en particular las características de personalidad de la *sensation-seeking*, de *risk-taking*, del *locus of control*, del deseo de éxito y de autoestima.

Entre los factores cognitivos y motivacionales que explican las dinámicas psicológicas de la conducta de juego están las distorsiones cognitivas, como la ilusión del control y la deslealtad del jugador.

Para Breen e Zuckerman (1968), la “búsqueda de sensaciones fuertes” justifica la atracción de algunas personas hacia el juego; el juego es una manera para salir de la rutina de la vida cotidiana, representa la curiosidad de vivir nuevas experiencias y el deseo de experimentar excitaciones fuertes. Zuckerman (1983) ha estudiado dicha variable psicológica concluyendo que la tendencia a buscar sensaciones fuertes es una característica de la personalidad, que involucra todas las modalidades sensoriales; tiene bases biológicas pero está influenciado por el ambiente social. El autor ha notado que algunas personas con un nivel de activación fisiológica (*arousal*) más bajo necesitan de estimulaciones más fuertes para alcanzar el justo nivel. Dichos sujetos, por lo tanto, aman el riesgo y todas aquellas sensaciones que provocan emociones intensas e insólitas, por ejemplo, la asunción de sustancias estupefacientes, el juego de azar, el deporte extremo; además, dichos individuos no toleran la rutina y las escasas estimulaciones. Existe, en el ámbito de las características de la personalidad, otro proceso psicológico que se activa en el jugador: las emociones dadas por las victorias o las pérdidas se combinan reforzando la conducta, la mantienen y crean una dependencia psico-fisiológica, similar a la que provoca la droga.

Según algunas investigaciones la conducta de *risk-taking* crece si aumenta la costumbre de los individuos con el juego (Sarchielli, Dallago, 1997). Los jugadores desarrollan estrategias a través de las cuales perciben las probabilidades

subjetivas como mucho más elevadas respecto a la objetividad y sobre-estiman las probabilidades de ganancia. El mundo moderno aparece caracterizado por un desarraigo de los valores, el cual no permite la orientación dentro de los límites y los puntos de referencia. Esto crea confusión, una falta de sistemas que den sentido a las cosas; además, provoca un sentido discontinuo de la existencia; la ausencia de fronteras y de límites simbólicos provoca la búsqueda individual de límites físicos. Con el objetivo de construir una identidad fuerte y sólida, se adoptan actitudes auto-referenciales, que satisfacen la necesidad, del individuo, de encontrar sentidos a la existencia y seguridad. Para satisfacer a estas necesidades el individuo puede, a veces inconscientemente, dejarse llevar por una ordalía, de modo que serán las circunstancias a decidir sobre su propia vida o muerte.

Otros factores cognitivos que describen específicas dimensiones de la personalidad se relacionan con el concepto de “*Locus of control*” elaborado Rotter (1960); dicho concepto se refiere al grado según el cual la gente piensa que su propio esfuerzo, habilidad o acción contrapuestos con el destino, pueden influenciar los eventos⁵. Dicha variable comprende una serie de expectativas generalizadas sobre la base de las cuales el individuo percibe su acción determinante o, al contrario, poco importante. Los individuos que poseen un *locus of control* “interno” creen que pueden controlar o influenciar todo lo que sucede, gracias a las propias habilidades o esfuerzos, las personas que posee un *locus of control* “externo” creen que están controlados por el destino y que la suerte decide su vida. Otros elementos que alimentan el “pensamiento mágico” son el contacto frecuente con el juego, la percepción de la competición, su complejidad y la idea que eventos independientes se encuentren relacionados: la expectativa de los números retrazados se basa en la idea mágica que los números o la casualidad tienen memoria, como el *videopoker* o la *slotmachine*, una máquina que no paga

⁵ Rotter, J.B., (1960), “Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behaviour from testing procedure”, in *Psychological Review*, 67, 5

desde tempo tarde o temprano deberá pagar (Croce, 2001). Existe, también, el fenómeno de la “casi victoria”, según el cual aunque se pierda el individuo percibe que se ha acercado a la victoria.

Otros estudios sobre el deseo del éxito, provienen de la teoría de la personalidad de Murray (1938), la teoría de la motivación humana se basa sobre actividades indispensables para la sobrevivencia; por otro lado existen motivaciones secundarias, como el juego, el éxito, el dominio. Los sujetos que tienen una necesidad fuerte de éxito, prefieren apuestas inciertas o relacionadas con sus habilidades.

El nivel de auto-estima ejerce, también, un rol importante en la conducta de juego. La depresión y los estados ansiosos asociados, contribuyen a empobrecer no solo el mecanismo de la auto-reglamentación y del uso de habilidades de *coping* funcionales, sino también, la estima de sí mismo.

El azar es un juego cuyo resultado está determinado, exclusivamente, por la suerte con la cual el jugador no puede relacionarse, ni a través de su inteligencia ni a través de su fuerza física. Estas constataciones que parecen obvias, para un jugador de azar no lo son; él, frecuentemente, huye de cualquier forma de racionalidad. Algunos autores han intentado comprender cuales son las variables que inducen a perseverar en el juego de azar y determinan que los individuos actúen de manera contraria a lo que prescriben las leyes. Langer (1975) ha sido el primero en ocuparse de la “ilusión de control” y en demostrar su existencia en algunos individuos; el autor la define como una “expectativa de éxito personal excesivamente elevada respecto a las probabilidades objetivas”⁶. La ilusión de control es una distorsión cognitiva, a través de la cual el individuo cree posible controlar los eventos, y para ello utiliza una lectura errónea de la realidad. Dicho fenómeno se manifiesta, mayormente, en caso de elevada competición, de

⁶ Langer, E.J., (1975), “The illusion of control”, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, pp. 311-321

costumbre con el juego o en caso de fuerte involucramiento emocional. Esta asociado con un grado elevado de necesidad de éxito: los eventos positivos se aprenden mas rápidamente y se mantienen por mas tiempo respecto a las situaciones negativas, por lo tanto se recuerdan las victorias con mas facilidad que las perdidas.

Griffiths (1994), describe las principales distorsiones cognitivas, además de la ilusión de control, algunas distorsiones que utiliza el jugador para continuar el juego de azar, muchas de estas basadas sobre las supersticiones y los ritos propiciadores que cada individuo tiene.

Entre estas distorsiones encontramos la “falacia del jugador”, según la cual el jugador cree que mientras más tiempo pasa sin ganar, mas cerca estará la victoria. Sobre la base de dicha distorsión cognitiva, estudiada por Cohen (1972), y definida, también, falacia de Montecarlo, el jugador tiende a sobrestimar las probabilidades de ganancia, tras una secuencia de previsiones inexactas y tiende a subestimar la probabilidad de ganar después de una victoria. Según Sarchielli y Dallago (1997), la ilusión de control y la falacia del jugador son mecanismos capaces de explicar las dinámicas psicológicas que testimonian la irracionalidad del pensamiento y de las decisiones del jugador. Los autores afirman que la atracción hacia el juego reside en el deseo de “controlar lo incontrolable”; el juego regala un sentimiento de omnipotencia que se relaciona a formas de insatisfacción, de debilidad, de vejación de la realidad, disgregación de la familia o incertidumbre acerca del futuro económico. Jugar responde a la necesidad de alivio y gratificación, produce un sentimiento de poder que puede ser relajante o estimulante.

Además de los mecanismos psicológicos, se han indagado las bases biológicas del juego de azar y de las otras adicciones. Ha sido hipotizada la presencia de alteraciones a cargo del sistema genético de codificación de los receptores dopaminérgicos del área mesolímbica y mesocortical, las cuales producirían un déficit en el sistema de gratificación cerebral que los individuos compensarían con estímulos exógenos producidos por sustancias o por

determinadas conductas. Algunas investigaciones (Pallanti, Baldini Rossi, Hollander, 2001) han demostrado que el juego de azar está acompañado, en el ámbito fisiológico, por una disfunción de algunos neurotransmisores: serotonina, dopamina, noradrenalina, cada uno de los cuales está implicado en la regulación de aspectos relacionados con la conducta de juego. La serotonina está involucrada en la activación comportamental, en la inhibición y agresividad; el sistema dopaminérgico, implicado en el aumento del nivel de activación y atención, regula los mecanismos de gratificación y refuerzo; la noradrenalina se relaciona con la vulnerabilidad cognitiva y fisiológica del jugador, con las variaciones del humor y con el control de los impulsos.

8.- La evaluación de los niveles de juego.

Existen numerosos instrumentos para la evaluación del trastorno de juego de azar; algunos contruidos expresamente, otros tomados en préstamo de la clínica tradicional. En el ámbito de los test psicológicos tradicionales, a través del *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) ha sido posible distinguir dos grupos de jugadores problemáticos de azar. El primer grupo está caracterizado por individuos que obtienen puntuaciones altas en las escalas 1, 2 y 3, respectivamente hipocondría, depresión e histeria y puntuaciones medias-bajas en la escala 9 de la Hipomanía; parece que estos jugadores recurren a dicha conducta para alejarse de su propio estado interior. El segundo tipo de perfil implica una alta puntuación en las escalas 9 y 4, hipomanía y desviación psicopática y una puntuación baja en la escala de la introversión social; dichas puntuaciones sugieren el clásico perfil del “serio jugador de mesa”. Un tercer grupo muestra puntuaciones elevadas en las escalas 6 (Paranoia), 7 (Psicastenia) y 8 (esquizofrenia); la patología parece estar relacionada con una concepción errónea de la realidad y con una incapacidad en la comprensión de las leyes de la probabilidad.

El Rorschach individua dos grupos de personas con bajo arousal, que juegan con el objetivo de buscar sensaciones y otro grupo con elevado nivel de arousal, que utilizan el juego como distracción de un malestar interno.

El 16PF, un inventario de personalidad que provee a 16 puntuaciones para cada rasgo de personalidad, registra que los jugadores de azar tienen puntuaciones altas en las escalas A (reservado-sociable), F (serio-impetuoso) y H (tímido-emprendedor), y bajas en las escalas N (espontáneo-diplomático) y Q2 (orientado al grupo-individualista).

El instrumento específico más conocido para la individuación de los trastornos relacionados con el juego de azar es el SOGS, *South Oaks Gambling Screen* elaborado por Lesieur e Blume, en 1987, utilizado para la evaluación inicial y para confirmar, sucesivamente, la hipótesis diagnóstica. Consiste en un cuestionario de auto-evaluación basado sobre los criterios diagnósticos del DSM IV; es necesario responder positivamente a 5 sobre los 20 ítem para que al sujeto se le reconozca una adicción al juego. El SOGS se utiliza en la mayoría de las investigaciones viene y proporciona numerosas informaciones como, el tipo de juego privilegiado, la frecuencia de la actividad, los medios utilizados para procurar el dinero, etc. Además, da una idea acerca de la relación del jugador con su ambiente, en particular, con el ambiente profesional y familiar.

Otro instrumento que evalúa la adicción al juego es el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS); contiene trece ítem que se refieren a diez criterios de diagnóstico del juego de azar patológico, elaborados en el DSM-IV.

Entre los instrumentos más recientes específicos para dicha diagnosis está el MAGS, *Massachusetts Gambling Screen*, elaborado por los investigadores de la Universidad de Harvard. Es utilizado con adultos y sobretodo con adolescentes y proporciona un índice de “juego de azar no patológico” (NPLG) y un índice de “juego de azar patológico” (PLG); los datos sugieren que existe una elevada fiabilidad test-retest.

En América el *College Student Gambling Inventory* (McCown, 1997) se utiliza con chicos más grandes, presenta una elevada coherencia interna y una elevada fiabilidad test-retest. Dicho cuestionario, utilizado en varias investigaciones sobretodo en Louisiana, con oportunas modificaciones puede ser propuesto en Italia. De hecho la *Poker-Machine Gambling Scale* (PGS) es la elaboración italiana del cuestionario americano, realizada por Lavanco y Varveri (2006), actualmente en fase de estandarización. El sujeto entrevistado debe evidenciar su grado de acuerdo o desacuerdo en cada afirmación, sobre una escala de Likert que va de cero a seis; la puntuación oscila entre un mínimo de 0 y un máximo de 132, por lo tanto, 66 representa el límite mas allá del cual es posible hablar de conducta de juego problemática.

El Fischer DSM IV Screen es un instrumento basado en los criterios diagnósticos del DSM, individuado por la Asociación americana de psiquiatría. Propone, para cada uno de los diez criterios, dos sistemas de evaluación: uno bipolar (presencia-ausencia del criterio), el otro modulado por una escala de Likert de 4 puntos que organiza los ítem según un orden de frecuencia (nunca / una o dos veces/ a veces/ seguido).

El Pathological Gambling-Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS) es un cuestionario elaborado por Hollander y colaboradores en 1998 (cit. en Lavanco, 2001), con el intento de evaluar la presencia y la importancia del juego de azar patológico, en fase inicial y avanzada (follow-up). El PG-YBOCS permite de realizar una comparación entre el área de la intención, relacionada con el impulso de jugar y con el pensamiento que dicho impulso provoca y el área de la conducta de juego.

Un instrumento conocido, que no es un inventario psicométrico tradicional es el cuestionario de auto-evaluación de los *Gamblers Anonymous*: esta compuesto por veinte preguntas a las cuales es posible responder con una afirmación o una negación; dichas preguntas están relacionadas con las actitudes y con las experiencias de juego y del dinero; si viene superada la puntuación crítica de 7,

existe una relación problemática con el juego de azar. Las preguntas, sin embargo, no tienen, entre ellas, la misma importancia: por ejemplo, la pregunta 15 relativa a la preocupación y a la dificultad de evitar el juego, parece ser menos “pesada” del ítem 20, relativo a la reflexión sobre la auto-destrucción como consecuencia del juego. *Ladouceur*, y sus colaboradores, en el 2000 ha construido una entrevista diagnóstica para profundizar distintos aspectos relacionados con la historia y la evolución del problema del juego. Un reciente estudio realizado por el Centro de Investigación de la Universidad Nacional Australiana, ha medido la validez y la fiabilidad de un nuevo instrumento, el *Victorian Gambling Screen* (VGS), utilizado en el contexto australiano.

9.-Tratamiento y prevención.

No obstante la adicción al juego haya sido reconocida como patología, la aceptación del juego como fenómeno social compartido, frecuentemente, oculta la gravedad que dicho fenómeno asume para muchas personas. Los jugadores mismos no se dan cuenta de la gravedad del problema hasta que no se verifica el quiebre económico; cuando deciden pedir ayuda, casi siempre, lo hacen para resolver los problemas de dinero o para aliviar síntomas relacionados con la adicción, como la despersonalización, los pensamientos o intentos de suicidio.

Cualquier tipo de tratamiento comienza por un momento de reflexión, durante el cual el sujeto toma conciencia de la naturaleza de su problema y se compromete en cambiarlo. El paso importante para la recuperación es ayudar al paciente a racionalizar el problema, poniéndolo en correlación con sus relaciones interpersonales y sociales.

Examinando la realidad italiana, se observa que las oportunidades de tratamiento de la adicción al juego, son escasas y las primeras estructuras que han propuesto tratamientos eran privadas. Entre estas estructuras, el centro de Campoformido, los Jugadores Anónimos, la experiencia de Bolzano. Después del

2000 el servicio publico ha comenzado a activarse, algunos Sert (servicio para la toxico - dependencia) han realizado proyectos experimentales, han sido activadas iniciativas integradas de las administraciones comunales, la sanidad publica y el privado social.

Una estrategia de prevención finalizada a la prohibición del juego de azar resulta ser, obviamente, imposible; sin embargo, las consecuencias, los costes humanos y sociales, necesitan de una adecuada política de prevención. Por lo tanto, seria ausplicable la búsqueda de una trayectoria que no proponga un imposible prohibicionismo pero, tampoco un liberalismo exagerado; dicha trayectoria debería considerar los riesgos asociados con el juego en relación con los distintos tipos de juego y de grupos de individuos.

Entre los principales factores de protección es posible considerar importantes: la evaluación del impacto de la difusión del juego y de las distintas formas que el juego mismo asume, la relación entre los costes y los beneficios que el juego tiene sobre la comunidad, la definición y reglamentación, el control y la separación de los ambientes y de los momentos de juego y de “no juego”, el aumento del apoyo-mutuo y del apoyo social, el desarrollo de competencias y habilidades personales, a través de las agencias de formación, de escuelas, de la familia y de las asociaciones, la orientación de los servicios socio-sanitarios hacia la consulta, la asistencia y la terapia.

Por lo que concierne la prevención primaria, la regulación legal del juego tiene el objetivo de proteger a la población y sobretodo a los menores de las consecuencias negativas del abuso; al mismo tiempo la legalización del juego representa una importante fuente de financiación publica y produce un incremento de los jugadores patológicos. La introducción de leyes más restrictivas, sobretodo relacionadas con los menores, realizada a través del incremento de la cantidad de las sanciones para los propietarios de estructuras en las cuales las leyes no son respetadas, puede ser una valida medida legislativa acta a reducir la oferta de los juegos; al mismo tiempo, importante es la creación de lugares específicos para

jugar, en los cuales el acceso a los menores de dieciocho años esté prohibido. Otra disposición de protección podría ser la modificación de las características técnicas de las “maquinitas” que aumentan el potencial de dependencia: el aumento del tiempo de espera entre la apuesta y el premio, la supresión de los estímulos, como la música o las luces. Podría ser útil, escribir, de manera visible, en los sitios de juego y en las maquinas mensajes que informan acerca de los posibles riesgos del juego. En los medios de comunicación, por otro lado, podrían ser “regulados” todos los espacios publicitarios que transmiten la idea de la posibilidad de ganancia fácil. Al contrario, sería oportuno promocionar valores y estilos de vida correctos, suministrando informaciones claras sobre el juego y sobre la adicción que puede crear. La publicidad de las actividades de juego, muchas veces, ha sido construida para atraer y estimular, no solo sin la representación de los riesgos, sino que se incentivan los mensajes de ganancia respecto a los aspectos de la diversión y entretenimiento, que deberían ser predominantes. Otra acción de prevención podría ser una actividad realizada en la calle, que utilice un contexto informal, y a través de la utilización de “unidades móviles” encuentre las personas en el lugar donde viven y donde trascurren el tiempo libre; dichas intervenciones podrían dirigirse a toda la población y a los contextos más problemáticos.

En el ámbito de prevención secundaria, el diagnóstico precoz, facilitaría el tratamiento, anticipar los tiempos o incrementar la eficacia. Una acción importante podría ser involucrar los sectores más vulnerables de la población, proporcionando a estos contextos habilidades necesarias para evitar el riesgo de desarrollar una verdadera adicción al juego. En el ámbito de prevención terciaria sería posible utilizar actividades como el control del dinero, la moderación o reducción del uso de alcohol, tabaco o sustancias que inducen otras dependencias, con el objetivo de reducir los efectos negativos sobre los individuos que ya han desarrollado la dependencia.

10.- La experiencia del “ Centro de Orientación Familiar” de León.

En el Centro de Orientación familiar de León, ha sido posible comparar, experimentar conocimientos y habilidades respecto a la organización, la programación y la gestión de las políticas y de los servicios sociales, en el ámbito del contexto español, por un lado, parecido al contexto italiano, sin embargo se distinguen por específicas características relacionadas, sobretodo, con razones históricas.

El C.O.F. pertenece a la diócesis de León, una de las provincias de la comunidad autónoma de Castilla y León, en el norte de España. Constituye una respuesta a las necesidades y a las problemáticas principales de la familia; el objetivo de dicho organismo es acoger, asistir y promocionar la familia, en todos los aspectos y áreas, para permitir alcanzar una vida personal, de pareja y familiar equilibrada y armónica⁷.

El Centro ofrece asistencia, orientación y terapia en el ámbito individual, de pareja y familiar; estos se constituyen de varias intervenciones: para los jóvenes, las parejas y las familias con problemáticas de tipo social, psicológicas o de relación; intervenciones en caso de separación y divorcio; tratamiento de las dependencias, en particular el juego de azar patológico. De la misma manera que el abuso de alcohol o tabaco, la “patología del juego”, no obstante por algunos venga considerada un vicio, relacionado con una categoría moral, puede conducir a una conducta de adicción, de la cual no es posible alejarse cuando se desea hacerlo, constituyendo una verdadera dependencia. En España la despenalización del juego es del 1977, y los tipos de juegos más difusos son el juego de cartas, el juego de dados, las apuestas deportivas, las loterías y los juegos del casino, las loterías rápidas e instantáneas o las maquinillas “tragaperras” legalizadas en 1981, las

⁷ Solís Rodríguez, S., (1993). *El COF de León: diez años al servicio de la familia*, Escuela Universitaria de Trabajo Social, León

cuales provocan los mayores problemas de dependencia. El uso de la música, las luces y la posibilidad de tener un premio inmediato, son factores que aumentan el riesgo y la atracción de dichas maquinas, junto a la posibilidad de realizar apuestas pequeñas, de controlar la maquina, a través del movimiento de los botones, de jugar en soledad y cuando se siente el deseo, porque están disponibles en varios locales públicos.

El COF comienza a tratar los primeros casos de juego en 1986, pero es en 1989 cuando empieza a considerarlo un problema relacionado, sobretodo, con la familia del jugador y su contexto relacional. A partir del 1991 viene elaborado un Protocolo de intervención con el jugador y su familia y se comienza el trabajo de terapia de grupo con ambos, guiada por un operador experto; al mismo tiempo, si es necesario, se programa un tratamiento individual o de pareja⁸. En 1998 se crea la Asociación Leonesa de Ayuda a los dependientes del juego, formada por jugadores y familiares, con finalidades de información, prevención y de rehabilitación.

El tratamiento del juego patológico en el COF, comprende una primera etapa de acogimiento y de conocimiento, durante la cual una asistente social conduce la primera entrevista, comenzando, de esta forma, el proceso de ayuda. El operador recoge elementos necesarios para el conocimiento de la persona y del problema, descubre las motivaciones que han conducido el individuo a pedir ayuda, elimina ansias y temores. Además de analizar la situación del jugador en su complejidad, el operador proporciona al usuario del servicio informaciones básicas sobre la dependencia, el tratamiento y acerca de la importancia de la sucesiva participación de la familia. Durante la trayectoria del jugador y de su familia, el asistente social realizará entrevistas educativas e informativas, con el objetivo de favorecer que el jugador adquiera conciencia del problema; entrevistas de motivación, con el objetivo de comenzar el proceso de modificación y aceptar el

⁸ Castellano Villaverde, B., (2000). *La prevención del juego patológico desde el trabajo social*, E. U. Trabajo Social, León

tratamiento; entrevistas de soporte, para favorecer la construcción de un clima de confianza y reforzar las nuevas elecciones.

El psicólogo del equipo comienza, seguidamente, un tratamiento psicológico individualizado; a través de una serie de coloquios profundiza la personalidad del jugador e incentiva su motivación con la finalidad de superar el problema.

Durante los encuentros con el asistente social y el psicólogo, los jugadores comienzan en general la terapia de grupo, aunque en algunos casos, el sujeto continúa con la terapia individual. A los encuentros de grupo, los jugadores, participan una vez por semana, por un mínimo de tres meses, de todas formas el número de los encuentros depende de cada situación. El jugador que se rehabilita continúa, casi siempre, participando en las reuniones, representando un ejemplo positivo para sus compañeros. Durante los encuentros, el asistente social y el psicólogo representan una guía, estimulan los pacientes en la búsqueda de estrategias para dejar de jugar, los ayudan a enfrentar ansias, sentimientos de culpa y medios, reforzando el auto-estima, los apoyan y motivan para que, respetando los tiempos de cada uno, logren salir de la adicción. Entre las finalidades de las reuniones está la creación de nuevos objetivos y la promoción de modificaciones en los estilos de vida, ayudando los usuarios a descubrir conductas alternativas y más satisfactorias. La terapia de grupo con la familia, cada quince días, tiene el objetivo de hacer aprender a la familia la comprensión del trastorno y de la conducta del jugador, incentivando la capacidad de apoyar el jugador durante su recuperación; los profesionales proporcionan una orientación a los familiares, respecto a la conducta que deben tener, por ejemplo, en el control del dinero, promocionan espacios de comunicación y dialogo para enfrentar dificultades y encontrar soluciones. Involucrar la familia significa acoger su pedido de ayuda, sus expectativas de cambio, su desesperación, a través de la gestión de la intensidad de las reacciones emocionales. Además, contribuye a motivar el jugador durante la terapia, a aumentar la confianza, ampliar la red de las personas involucradas, con el

objetivo de contrastar la tendencia al aislamiento y a la vergüenza. Trabajar con los familiares permite monitorear como evoluciona la adicción, promocionando la abstinencia, controlando el dinero, a través de una planificación de las pérdidas y deudas, responsabilizando al jugador.

11.- La adicción del juego en Palermo.

A partir de abril del 2006 es activo un consultorio que se ocupa, en manera específica, de la adicción del juego de azar. Dicha estructura pertenece al Servicio para la Toxico Dependencia n. 13 de la Sanidad Publica Local n.6 (Palermo-Sicilia). El grupo de profesionales está formado por dos psicólogos dirigentes y un psiquiatra; después de una entrevista de evaluación clínica, se procede con la abertura de una carpeta clínica y, sucesivamente, comienza la trayectoria de psicoterapia (*counselling*).

En la mayoría de los casos, se realiza una visita psiquiátrica, en la cual el profesional efectúa una evaluación global para identificar la presencia de posibles trastornos. La intervención terapéutica se acompaña de una evaluación diagnóstica acerca de la probable presencia de elementos de comorbilidad que puedan relacionarse con alcoholismo, trastornos del humor, uso de sustancias o conductas suicidas y trastorno de personalidad antisocial. Frecuentemente el psiquiatra elabora una “doble diagnosis” y prescribe una terapia farmacológica. Actualmente el fármaco mayormente utilizado es la fluvoxamina, un antidepresivo serotoninérgico útil en el alivio de la componente compulsiva del jugador; dicha prescripción favorece una intervención psicoterápica de apoyo.

Paralelamente se trabaja con la familia, para la cual se realiza una trayectoria terapéutica, similar a la que se realiza con el jugador. Ambos encuentran individualmente los operadores.

La terapia tiene una duración distinta a según los casos; en general el mínimo es un año, el máximo tres años, de todas formas nunca termina antes de los

ocho meses. Mientras que algunos pacientes logran mantener la abstinencia, para otros es, solo, posible un “juego controlado”. Objetivos importantes, además de la abstinencia definitiva, son la reducción de la urgencia de jugar y el desarrollo de un mayor autocontrol. Dichos resultados son más concretos si se realizan una modificación en el estilo de vida, una mayor conciencia del riesgo y una reestructuración de la situación familiar, ocupacional y social.

Respecto a las estadísticas, resulta difícil estimar, en Palermo, el número de los jugadores a riesgo de dependencia; obviamente conocer datos más precisos podría ser útil para diferenciar y estructurar, mayormente, las intervenciones.

Otro espacio dedicado a los jugadores ha sido creado en Enero del 2007; la *Opera Don Calabria*, junto a la Caritas diocesana, ha realizado un Centro para las dependencias patológicas, que se ocupa, sobretodo de droga, alcohol y juego. Objetivo de dicho centro es la recuperación de jóvenes en dificultad, en particular los sujetos toxico-dependientes. Actualmente el centro desea ampliar su acción y ofrecer una respuesta a los problemas relacionados con las dependencias patológicas en general. No obstante, el centro tenga un año de vida, los usuarios que se han dirigido a dicha estructura son pocos; la psicóloga habla de solo dos usuarios que frecuentan el centro. Probablemente, la razón del número limitado de pacientes es debida a la dificultad de admitir el problema, por parte de la persona que sufre de dependencia. Muchas veces las personas buscan ayuda externa solo cuando no es posible enfrentar la situación económica. El tratamiento consta de entrevistas individuales, con el jugador y con la familia, conducidas por el psicólogo; de los aspectos financieros se ocupan expertos abogados que trabajan en la Caritas.

12.- Comparación entre dos realidades de servicios.

Tras haber analizado los servicios singularmente, parece útil realizar una comparación entre la experiencia del trabajo de prevención y tratamiento del juego

de azar, que, personalmente he experimentado como asistente social practicante en León y el modelo utilizado en Palermo, estudiado a través de encuentros con testigos privilegiados que obran en la estructura.

Dicha comparación no tiene el objetivo de delinear un modelo general de *social welfare*, valido para todas las realidades sociales, culturales y políticas, sino que trata de enfatizar la importancia de una perspectiva capaz de analizar las experiencias conducidas en otros Países. El análisis comparativo permite de evidenciar semejanzas y diferencias de cada uno de los centros.

En los dos Países, la “enfermedad del juego” representa un tema actual, del cual, aun se habla poco y del cual se dispone de poca información; la adicción al juego, cuando se refuerza, constituye un recurso financiero para los Estados y se difunde en el contexto social y económico.

Los sujetos que benefician directamente de las intervenciones son los jugadores y la familia contemporáneamente; la participación de los familiares es decisiva para el suceso del tratamiento. En ambos casos, León y Palermo, la acción de los servicios está destinada a la población en general, sobretodo, a través de la actividad de prevención. Además de los destinatarios, es importante considerar los operadores que participan en el proceso de ayuda; se trata de un grupo multidisciplinar. Mientras que en la ciudad española, el servicio lo realizan un asistente social y un psicólogo, en Palermo, el grupo de trabajo está formado por un psicólogo y un psiquiatra, de esta forma se enfatiza la componente sanitaria respecto a la componente social.

Otro indicador importante se refiere al modelo teórico utilizado, que en ambos casos coincide con el modelo evolutivo de Custer, el cual distingue varias fases de progresión del juego; dicho modelo viene utilizado para acoger la historia de cada sujeto y de los componentes de su núcleo familiar. Otro aspecto que indica convergencia y que demarca un camino común hacia un estado social “plural y compartido” es la implicación y la participación de la red informal de los servicios,

en un caso representada por la Asociación de jugadores y familiares, en el otro caso, por las Cooperativas del privado social y las Fundaciones anti-usura.

Por lo que concierne las fuentes de financiación, en dicho criterio es evidente una importante diferencia: las entradas son privadas para el COF, el cual depende directamente de las fuentes eclesíásticas, mientras que en el Servicio para la Tóxico - dependencia (SerT) son públicas porque dependen del Servicio Sanitario Nacional.

En conclusión, respecto a las áreas críticas, es posible evidenciar semejanzas: excesivo cargo de trabajo respecto al número de operadores disponibles y expertos sobre la temática, exigencia de colaboración entre dichos servicios y los organismos del sector terciario y la dificultad de registrar, en el ámbito cuantitativo, las intervenciones realizadas, para poder verificar el éxito del proyecto. Un ulterior punto crítico, de ambos servicios, se relaciona con la incapacidad de llegar a una definición concreta de los instrumentos utilizados para monitorear y verificar la eficacia de las intervenciones. Las características analizadas y existentes en los dos Países, enfatizan la necesidad de realizar intervenciones de prevención y de sensibilización en el ámbito institucional y social, sin embargo, es evidente un retraso cultural, presente en el ámbito europeo, que consiste en una dificultad no solo de tratar esta forma de adicción, sino también, de encontrar los aspectos positivos y pro-sociales del juego. Un prejuicio difundido está relacionado con la percepción del azar como sinónimo de valor negativo y de conducta de riesgo. Difundir una cultura del juego, incentivando formas sanas del mismo, significa aceptar que apostar, hacerlo en grupo, compartir un espacio de diversión, pueden constituir formas de socialización no destructivas.

13.- Conclusiones.

La promoción de una cultura del juego puede ser definida como una actitud socialmente compartida, que intenta valorizar los aspectos lúdicos y socializantes

del juego y a la adopción de actitudes de juego responsables y, a la vez, la conciencia de los potenciales riesgos.

Para prevenir la posibilidad de una conducta de juego problemática, podría ser fundamental utilizar los aspectos positivos y peculiares del juego, tratando de difundir la cultura de juego como diversión y deseo de socializar. El objetivo debería ser reconducir el juego a los normales criterios del aspecto lúdico, de la diversión, de la socialización, a partir de los sitios en los cuales se realizan las apuestas: los ambientes de juego deberían convertirse en sitios de prevención. En estos podría, de hecho realizarse un monitoreo constante de las personas que van a jugar y de las conductas de ellas; dicho monitoreo permitiría de ampliar los conocimientos sobre el fenómeno del juego de azar, de individuar los sujetos a riesgo e intervenir creando espacios de socialización, diversión y reflexión.

En Italia, el juego de azar no está, del todo, considerado en ámbito de la sanidad pública; el desarrollo de servicios para el tratamiento, sobretodo, en ámbito público, ha sido lento y no se ha distinguido por el crecimiento que caracteriza la actividad de juego. Reconocer el juego de azar como problema concerniente la sanidad pública, significaría considerar el impacto que dicho fenómeno tiene sobre la calidad de la vida del jugador, de su familia y de la comunidad en general. Esta óptica, además, permitiría la identificación de estrategias de intervención eficaz en distintos niveles, desde la prevención primaria, al tratamiento, hasta intervenciones de reducción del daño, el estudio de las condiciones necesarias para abrir canales de comunicación entre investigadores, clínicos y políticos, comunidades locales, personas interesadas y gestores del juego acerca de los varios aspectos del juego mismo. Este último objetivo podría realizarse a través de la adopción de una perspectiva “gestional” que necesita la integración a todos los niveles: en primer lugar, en el ámbito político, a través de una coordinación formal entre todos los Ministerios interesados; En el ámbito legislativo, nacional y regional, a través de reformas convergentes y coordinadas; y en el ámbito económico, con la destinación de recursos económicos adecuados, y cultural, encuadrando dicha problemática en

una óptica multidimensional sanitaria. En el ámbito social, involucrando todos los usuarios y valorizando las redes de pertenencia y la comunidad local, en el ámbito operativo, con la planificación y programación de intervenciones multi-profesionales, psicológicas, sociales y sanitarias; en el ámbito clínico, integrando, en ámbito psicoterapéutico, el *setting* individual, familiar y de grupo y los modelos intra-psíquico y relacional.

Una concepción del juego valida a nivel socio-político, debe respetar la responsabilidad de las personas y de sus acciones y reconocer, al mismo tiempo, una responsabilidad de las instituciones publicas.

Deberíamos preguntarnos “quien” es responsable y de que es responsable: ¿el jugador es responsable del control de su actividad, la empresa que controla el juego o el Estado es responsable de una actividad que representa una actividad productiva? En la atribución de una única responsabilidad al individuo que juega, sin considerar el rol de quien administra los recursos económicos, sociales y sanitarios del País, podríamos estar intentando la búsqueda de “soluciones personales a contradicciones sistémicas (...) salvación individual de los problemas comunes” (Bauman, 2001, p.V)⁹.

Los autores agradecen la Doctora Bárbara Zammitti, psicóloga y doctoranda de investigación en adopciones internacionales, LUMSA, por la colaboración en la elaboración y traducción del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Fernandez, F., (1999), *Le altre droghe. Alimentazione, sesso, televisione, acquisti, gioco, lavoro*, Roma, Edizioni Universitarie Romane
American Psychiatric Association, (1996), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson
Bauman, Z., (2001), *Voglia di comunità*, Roma-Bari Laterza, ed.or. 2000
Bateson, G., (1972), *Verso un'ecologia della mente*, Milano Adelphi, 1989

⁹ Bauman, Z., (2001), *Voglia di comunità*, (ed.or. 2000), Laterza, Roma-Bari

- Becona, E., (1996) La ludopatía, Madrid, Ed. Aguilar
- Bruner, J.S., Jolly, A., Silva, k., (1981), Il gioco: ruolo e sviluppo del comportamento ludico negli animali e nell'uomo, Roma, 4 voll., Armando
- Caretti, V., La Barbera, D., (2005), Le dipendenze patologiche, Milano, Cortina
- Castellano Villaverde, B., (2000). La prevención del juego patológico desde el trabajo social, Leon, E. U. Trabajo Social
- Cuaderno de Ponencias del I Congreso Nacional de Asociaciones y técnicas para el tratamiento y rehabilitación de la ludopatía, Valladolid, octubre 1992
- Delle Fave, S., “Sono circa 800mila in Italia gli 'schiavi del gioco': l'analisi dello psicoterapeuta Rolando De Luca”, in www.redattoresociale.it, 16/05/2006
- Fernandez Garcia, T., Bracho, C., (2003), Introducción al trabajo social, Madrid, Ed. Alianza
- Fernandez, M., Rodriguez, L., (2006) Perfil de los ludopatas atendidos en el Centro de Orientación Familiar de Leon desde 1991 hasta 2004, Leon, E.U. Trabajo Social
- Fiasco, M., (2001), “Aspetti sociologici, economici e rischio di criminalità”, in Croce, M., Zerbetto, R., (2001), Il gioco e l'azzardo, Milano, Franco Angeli, p. 328
- Guerreschi, C., (2000), Giocati dal gioco. Quando il gioco diventa una malattia, Milano, San Paolo
- Langer, E.J., (1975), “The illusion of control”, in Journal of Personality and Social Psychology, 32, pp. 311-321
- Lavanco, G., (2001), Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali, Milano, McGraw-Hill
- Lavanco, G., Varveri, L., (2006), Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa, Roma, Carocci Faber
- Leshner, A.I., (1997), “Addiction is a brain disease and it matters”, Science, 278, pp. 45-47
- Rotter, J.B., (1960), “Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behaviour from testing procedure”, in Psychological Review, 67, 5
- Sarchielli, G., Dallago, P., (1993), “Il demone del gioco”, in Psicologia Contemporanea, 120, pp. 4-13
- Sarchielli, G., Dallago, P., (1997), “La seduzione del gioco d'azzardo: dinamiche personali e socio-economiche”, in Minardi, E., Lusetti, M., Luoghi e professioni del loisir, Milano, Franco Angeli
- Seligman, M.E., (1975), Helplessness: on depression, development, and death, San Francisco, Freeman
- Sforza, M., “Servizio Multidisciplinare Gioco d'Azzardo Patologico”, in www.cestep.it, 15/10/2007
- Solis Rodriguez, S., (1993). El Cof de Leon: diez años al servicio de la familia, Leon, Escuela Universitaria de Trabajo Social
- Winnicott, D.W., (1971), Gioco e realtà, (tr.it. 1981), Roma, Armando
- Young, K.S., (2000), Presi nella Rete, Bologna, Calderoni
- Internet: (hasta Enero de 2008)**
- www.aams.it (Administración independiente de los monopolios legales)
- www.agita.it (Asociación de los jugadores en el tratamiento)
- www.cestep.it (Centro para el estudio y diagnosis de las psicopatologías)
- www.gamblingcommission.gov.uk (Órgano inglés del control en el juego)
- www.redattoresociale.it (Agencia periodística en el contrato social en Italia)
- www.sipac.it (Sociedad italiana de la participación en las patologías compulsivas)